Aus der Universitäts-Frauenklinik und -Poliklinik
Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Lax)

Problematik der Zeitrenten Gewährung bei Collum- und Corpuscarcinomen mit günstiger Prognose

Inaugural - Dissertation

zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der freien Universität Berlin

vorgelegt von
Brigitte Becker geb. Schubert
Berlin

1976

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547205_0062

Aus der Universitäts-Frauenklinik und -Poliklinik
Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Lax)

Problematik der Zeitrenten Gewährung bei Collum- und Corpuscarcinomen mit günstiger Prognose

Inaugural - Dissertation

zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der freien Universität Berlin

vorgelegt von
Brigitte Becker geb. Schubert
Berlin

Referent: Professor Dr. med. P. M. C a r s t e n

Korreferent: Professor Dr. med. B o s c h a n n

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 28. August 1976

Meinen Eltern

in Dankbarkeit

I N H A L T

I. Einleitung S. 2

II. Statistik zum Collum-/Corpuscarcinom S. 4

III. Literatur zur Problematik der Rentengewährung S. 7

IV. Untersuchungsmaterial - Methodik S. 23

V. Ergebnisse S. 25
a) tabellarische Aufführung der Ergebnisse
b) kapitelgerechte Diskussion der Ergebnisse

VI. Resultat der Arbeit S. 62
a) Zusammenfassung der Ergebnisse
b) Denkanstöße für andere Arbeiten

VII. Zusammenfassung S. 65

VIII. Literaturverzeichnis S. 67

IX. Anhang S. 72

I. EINLEITUNG

Die unterschiedlichen Meinungen über die Pathogenese der Krebserkrankungen (Lokal- oder sog. Allgemeinerkrankung) und den Einfluß sozialer Faktoren auf den Heilungserfolg führten in früheren Jahren zu erheblich auseinanderweichenden Auffassungen über das im Anschluß an die Primärtherapie (Operation/Bestrahlung) notwendige zeitliche Maß an körperlicher bzw. beruflicher Schonung. Verbunden damit war die Frage nach Zweck und Notwendigkeit von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die unterschiedliche medizinische Beurteilung behandelter Carcinompatienten übertrug sich auch auf den versicherungsmedizinischen Bereich und führte zu stark divergierenden Praktiken in Art und Dauer der Rentengewährung bei den einzelnen Versicherungsanstalten.

Ein Weg, diese Uneinheitlichkeit bei der Gewährung von Renten zu vermeiden, wurde mit der 1966 vom Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung herausgegebenen "Empfehlung zur sozialmedizinischen Beurteilung von Versicherten mit bösartigen Geschwulsterkrankungen", im folgenden "Empfehlung"[46] genannt, beschritten.

Anhand der Rentenunterlagen von 470 Patientinnen mit Collum-/Corpuscarcinom, die als Rentenzugänge des Jahres 1968 bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) verzeichnet sind und eine Rente auf Zeit bezogen haben, wurde untersucht, ob sich diese "Empfehlung" praktisch bewährt hat, nachdem seit der Veröffentlichung ein Zeitraum von mehr als 8 Jahren zu übersehen ist.[+)]

Die Auswahl dieser Gruppe liegt in der Tatsache begründet, daß die Patientinnen mit diesen Carcinomen, neben den Mammacarcinom-Patientinnen, die sozialmedizinisch bedeutungs-

vollste bezüglich Umfang, Erkrankungsalter und Prognose darstellt und deren Ausgangsstadien im Gegensatz zu vielen anderen Carcinomarten und Stadien eine relativ günstige Prognose haben (siehe Anlage).
Retrospektiv läßt sich damit das Schicksal der damals berenteten Patientinnen über einen Zeitraum von mindestens 6 Jahren verfolgen.

Veranlaßt und angeregt wurde diese Arbeit durch Herrn Prof. Dr. med. P. M. C a r s t e n von der Universitäts-Frauenklinik und -Poliklinik, Klinikum Charlottenburg, der Freien Universität Berlin.

+) In einer anderen Dissertation von R. K r a e f (Berlin, 1976) wurden zum Vergleich mit dieser Arbeit aus dem Patientengut der BfA die Rentenzugänge von 1968 wegen Collum-/Corpuscarcinom und Mammacarcinom untersucht, bei denen lt. "Empfehlung" eine relativ ungünstige Prognose vorlag, d.h. also Fälle, bei denen eine Rente auf unbestimmte Zeit (sog. Dauerrente) gewährt worden ist.

II. STATISTIK ZUM COLLUM- UND CORPUSCARCINOM

1. In der BRD starben 1967 6419 Frauen an einem Collum- oder Corpuscarcinom (H e y d e n[17]).
   Der Altersgipfel liegt bei Frauen mit Collumcarcinomen zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr, bei Frauen mit Corpuscarcinomen zwischen dem 50. und 60 Lebensjahr (O t t[31]).

2. Die Collumcarcinome sollten nach den Vorschlägen des Krebskomitees der Internationalen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in folgende Stadien eingeteilt werden (s. P s c h y r e m b e l[32]):

   Stad. 0: Carcinoma in situ

   Stad. I: Carcinom auf die Cervix beschränkt
   Ia: eben beginnende Invasion, Mikrocarcinom
   Ib: alle anderen Fälle von Stadium I

   Stad. II: Carcinom dehnt sich über die Cervixwand aus, Befall von Vagina und/oder Parametrien

   Stad. III: Carcinom erreicht Beckenwand oder das untere Drittel der Vagina

   Stad. IV: Befall von Blase oder Rectum, Fernmetastasen

5-Jahresüberlebensziffer beim Collum-Ca (in Prozenten)

Stad.	Kern	Ulm	Morita+Takahashi		Linke
		Op.	Op. + Bestr.	nur Bestr.	Op.
Ia	ca.100	90,7	83,2	72,7	89,9
Ib	75-85				
II	40-50	67,5	74,8	53,4	84,0
III	-30	n.u.	47,8	40,1	n.u.
IV	0-5	n.u.	n.u.	20,0	n.u.

Quellen: Kern[22], Ulm[49], Morita und Takahashi[29], Linke[26]

3. Für Corpuscarcinome gilt üblicherweise die Stadieneinteilung nach B i c k e n b a c h (s. P s c h y r e m b e l[32]):

Stad. I : Carcinom auf das Corpus beschränkt

Stad. II : Carcinom greift auf die Cervix über

Stad. III : Befall von Organen innerhalb des kleinen Beckens(Ovar, Parametrien,Tube, Douglasperitoneum, Lymphknoten an der Beckenwand)

Stad. IV : Einbruch in Blase oder Rectum, Ausbreitung über das kleine Becken, Fernmetastasen

Die 5-Jahresüberlebenszeit wird von S t ö c k e l[42] mit 70 - 80% für das Stadium I, beim Stadium II nur noch mit 30 - 33% beschrieben.

4. Zeitliches Auftreten von Rezidiven: S t e g m a n n und H a u g e r[41] ermittelten folgende Werte (alle Rezidive = 100%) beim Collumcarcinom:

Jahr	Stad. I	Stad.II	I - IV
1.	46,0	52,8	54,0
2.	31,2	31,4	28,0
3.	16,1	10,0	9,6
4.	4,4	4,3	6,0
5.	2,3	1,5	2,0
5.	-	-	0,4

Innerhalb der ersten zwei Jahre treten beim Stadium I 77,2 beim Stadium II 84,2% der Rezidive auf. S c h r i m p f[35] sah beim Collum-Ca 86,6%, S o e r g e l[39] 85,7% der Rezidive in den ersten zwei Jahren.

Bei den Corpuscarcinomen treten 51% der Rezidive im 1.Jahr, und 28,2% im 2. Jahr nach der Behandlung auf.(s. S t e g m a n n und H a u g e r)

5. Therapie beim Collum-Ca (nach O t t[31], "Standardisierte Krebsbehandlung):

Stad. 0:	Konisation im Gesunden
Stad. I:	einf. Hysterektomie, bzw. bei Kinderwunsch Konisation
Stad. II:	Radikaloperation und/oder Bestrahlung
Stad. III:	Bestrahlung
Stad. IV:	Bestrahlung

Therapie beim Corpuscarcinom:

Stad. I + II:	Operation und Bestrahlung
Stad. III:	Operation und Bestrahlung, meist aber nur Bestrahlung
Stad. IV:	Bestrahlung

6. Therapiefolgen (nach S o e r g e l[40], U l m[49]):

a) Verwachsungsbeschwerden
b) Kastrationsbeschwerden
c) Hautschäden
d) Urologische Früh- und Spätschäden (Strahlencystitis, Harninkontinenz, Ureterstenosen, Hydronephrosen, Niereninfektionen, Blasenscheiden- oder Ureterscheidenfisteln, stumme Niere, Nephrektomie)
e) Colitische und Proktitische Früh- und Spätschäden: (Strahlencolitis/-Proctitis, narbige Stenosen, Rectumscheidenfisteln, Anus praeter)
f) Lymphabflußstörungen im Bereich des Beckens und der Beine
g) Radiogene Spontanfrakturen.

III. LITERATUR ZUR PROBLEMATIK DER RENTENGEWÄHRUNG

Stellen auch Früherkennung und entsprechende Behandlung (Radikaloperation/Bestrahlung) die Hauptfaktoren in der Krebsbekämpfung dar, darf doch die Bedeutung einer gründlichen Nachsorge nicht unterschätzt werden.
Strittig war besonders in den 50-er und 60-er Jahren und ist z.T. auch heute noch die Frage, welches zeitliche Maß an körperlicher bzw. beruflicher Schonung nötig wäre, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden. Sollte überhaupt eine Herausnahme des Krebsrekonvaleszenten aus dem Arbeitsprozeß erfolgen? Wenn ja, wie lange? Dabei stand eine schwere körperliche Arbeit hier nicht zur Debatte, ganz abgesehen davon, daß es diesbezüglich, besonders bei Frauen, nur wenige entsprechende Berufstätigkeiten gibt.
Auch die Frage der wirtschaftlichen Sicherstellung, (Krankengeld oder Berufsunfähigkeits- (BU) bzw. Erwerbsunfähigkeits- (EU) Rente oder "Schonrente" für Krebspatienten) war ein viel diskutierter Punkt.
Die eine Seite, hauptsächlich durch Chirurgen vertreten, plädierte für eine möglichst rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß und lehnte eine generelle Gewährung von Renten bei behandelten Krebspatienten ab. Die andere Seite, vornehmlich die Gynäkologen, forderten, einen Krebsrekonvaleszenten möglichst längere Zeit, viele Forderungen gingen bis zu 5 Jahren, aus dem Arbeitsleben herauszunehmen und für diese Zeit eine Art "Genesungsrente" zu gewähren.
Die Argumentation der Chirurgen stützte sich neben empirischen Erfahrungen vor allem auf die Auffassungen über die Pathogenese der Krebserkrankungen, die K.H. B a u e r[1], damals Direktor der chirurg. Universitätsklinik Heidelberg, in seinem Buch "Das Krebsproblem" dargelegt hat.

B a u e r meint, "daß Krebs zum mindesten primär und längere Zeit als örtliche Erkrankung anzusehen ist oder negativ ausgedrückt, daß Krebs keinesfalls ein Allgemeinleiden darstellt."Diese Annahme bilde zudem die Voraussetzung für eine erfolgreiche operative Krebsbehandlung.
Eine Radikaloperation sei, sofern der Tumor die Grenzen des Organs noch nicht überschritten und noch keine Metastasen gesetzt habe, gleichbedeutend mit Heilung.
Zur Frage der Invalidisierung tumorfrei erscheinender Krebsrekonvaleszenten spricht sich B a u e r[2] gegen die routinemäßige Berentung aus, da er glaubt, daß die individuelle Heilungschance mit der Invalidisierung nicht um 1/2% gebessert werden könne. Für einen Krebsoperierten sei schon aus psychischen Gründen nach einem angemessenen Krankenstand eine baldige Rückkehr in Familie und Beruf das Beste. Die Invalidisierung würde einen erfolgreich Krebs-Behandelten bürokratisch als "krebskrank" abstempeln, ohne daß er es ist. Auch würde eine generelle Berentung das Prinzip der Gleichheit vor dem Gesetz verletzen. B a u e r tritt für ein individuelles Vorgehen in der Frage der Berentung ein: Wer invalide sei, solle auch berentet werden.
M a r t i u s[28] vertritt ebenfalls die Auffassung, daß Krebs als lokale Erkrankung beginne, die durch Operation und Bestrahlung geheilt werden könne. Er führt weiter aus, daß es angebracht sein könne, z.B. beim Genitalcarcinom der Frau oder beim Mammacarcinom, eine vorübergehende oder dauernde Invalidisierung herbeizuführen. Allerdings tritt er entschieden gegen eine generelle Invalidisierung ein und wünscht ein individuelles Vorgehen bei der Gewährung von Renten.
G ö g l e r[9] von der chirurg. Univ.-Klinik Heidelberg fordert, daß die Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nur nach dem Funktionsausfall des extirpierten Organs erfolgen sollte und nicht durch die Geschwulstkrankheit selbst. In der sozialmedizinischen Beurteilung gelte eine Geschwulstkrankheit nach Radikaloperation so lange als geheilt, als

ein lokales Rezidiv oder Metastasen nicht in Erscheinung treten. Aus psychischen Gründen spricht er sich sogar gegen eine frühzeitige Invalidisierung auch bei palliativ Operierten aus:"Gerade diese Menschen würde die frühzeitige Invalidisierung zu unheilbaren Krebskranken stempeln und dadurch den letzten Rest an Hoffnung und Selbstvertrauen zerstören, ohne daß die Arbeitsruhe im Rentenstand, Sanatoriumsaufenthalt und klimatische Umstimmung auch nur im geringsten das fortschreitende Tumorwachstum hemmen könnten."

In einer Arbeit von 1958 untersuchte G l a t z e l[7] anhand von Angaben in der Weltliteratur die Beziehung zwischen Arbeitsbelastung und Krebswachstum. G l a t z e l sieht dabei eine Beeinflussung der verschiedenen Krebslokalisationen durch den sozialen Stand (z.B. vermehrtes Auftreten von Collumcarcinomen in den sozial schlechter gestellten Schichten, dagegen häufiger Mammacarcinome in den sozial besser gestellten Schichten). Eine Begünstigung der Krebsentstehung und -Entwicklung durch Arbeitsbelastung aber hält er nach seinen Untersuchungen für nicht erwiesen.

K i r c h h o f f[24], einer der führenden Vertreter aus den Reihen der Gynäkologen, vertritt die Auffassung, daß es sich bei den bösartigen Geschwulsterkrankungen von Anfang an um eine Allgemeinerkrankung des Körpers handele. Für die Aussicht auf Heilung sei neben der Primärbehandlung (Radikaloperation/Bestrahlung) auch die lokale und allgemeine Abwehrlage des Körpers von ausschlaggebender Bedeutung. In einem Vortrag auf dem Krebskongreß 1963 in Mainz führt er aus:" Andererseits bestätigt eine alte klinische Erfahrung, daß nach ideal erscheinender Radikaloperation oft völlig unerwartet eine foudroyante Metastasenaussaat bzw. tödliche Rezidive auftreten können. Dieses überraschende Ergebnis tritt nicht selten nach plötzlicher und starker Verminderung der allgemeinen Abwehrfähigkeit auf, wie z.B. nach

interkurrenten Infektionskrankheiten oder nach ungewöhnlichen physischen und psychischen Belastungen." K i r c h h o f f weist in diesem Zusammenhang auf Untersuchungen von K a l l e n b a c h und G r e g l[21] aus der chirurg. Univ.-Klinik Göttingen hin, die in Tierversuchen durch Röntgenganzbestrahlungen eine so starke Resistenzminderung erzielten, daß dadurch Tumormetastasen, die vorher nicht feststellbar waren, foudroyant zu wachsen anfingen.

Einen Weg, die allgemeinen Abwehrkräfte des Körpers zu heben, sah K i r c h h o f f[23] neben Erholungskuren nach der primären Krebstherapie auch darin, die Krebsrekonvaleszenten zeitweilig aus dem Arbeitsleben herauszunehmen. Die Notwendigkeit eines solchen Vorgehens sah er zudem durch Untersuchungsergebnisse bestätigt, die einen erheblichen Unterschied in den Heilungsziffern bei den verschiedenen sozialen Schichten aufwiesen. K i r c h h o f f[23] fand in den ersten Nachkriegsjahren an der Lübecker Frauenklinik bei den Patienten der allgemeinen Pflegeklasse eine um 20% schlechtere 5-Jahresüberlebenszeit (5-JÜZ) als bei den Patienten der Privatstation. Er deutete diese Untersuchungsergebnisse folgendermaßen:

1. Die Patienten aus wirtschaftlich schlechter gestellten Schichten kommen häufiger mit prognostisch ungünstigen Stadien zur Aufnahme (59% der Privatpatienten wiesen ein Stadium I - II auf, bei den Patienten der allgemeinen Pflegeklasse waren es nur 36%).
2. Die Angehörigen der sozial gehobeneren Schichten haben nach Behandlungsabschluß mehr Gelegenheit, die allgemeine und spezifische Abwehr des Körpers zu heben. Er erhärtet dies mit dem Untersuchungsergebnis, daß die 5-JÜZ innerhalb der Stadien I - II bei den Privatpatienten 75%, in der allgemeinen Pflegeklasse dagegen nur 43,3% beträgt.

Zu ähnlichen Ergebnissen, allerdings ohne Berücksichtigung der Stadien, gelangten auch G a n s a u und L a n g[6], die

die absoluten Heilungsziffern für die sozial Bessergestellten mit 70,4%, die der sozial Schlechtergestellten mit 39% ermittelte.

Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse stellte K i r c h h o f f[23] 1954 folgende Forderungen: Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse, Verschickung in Erholungsheime, wirtschaftliche Unterstützung, eine mindestens zweijährige Invalidisierung.

Diese konträren Auffassungen, auf der einen Seite K.H. B a u e r, der eine möglichst rasche Rückkehr in das Arbeitsleben anstrebte, auf der anderen Seite K i r c h h o f f, der eine generelle Invalidisierung für mindestens zwei Jahre anstrebte, bildeten die Grundlage für die Diskussionen der folgenden Jahre.

G l a t z e l[7] und H a b s[10] bezweifelten die Aussagekraft der K i r c h h o f f'schen Untersuchungen. Sie kritisierten besonders die oft vorgenommene Einteilung in soziale Schichten nach dem Prinzip der Krankenhauspflegeklasse.

G l a t z e l bezweifelt, daß es in der Mehrzahl die Begüterten seien, die auf den Privatstationen lägen. Vielmehr seien es häufig Beamte, Angestellte und freiberuflich Intellektuelle, deren Aufwendungen für kulturelle Bedürfnisse höher seien und denen daher oft geringere finanzielle Mittel zur Verfügung ständen als z.B. einem Industriearbeiter. Er weist außerdem darauf hin, daß die K i r c h h o f f'schen Ergebnisse einer Signifikanzprüfung nicht standhalten würden.

H a b s bezweifelt, daß es den Patienten der Privatstationen eher möglich sei, sich langdauernde posttherapeutische Schonung zu gönnen: "In Wirklichkeit sind es doch die Franken der Allgemeinstation, die als Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung aller wirtschaftlichen Sorgen enthoben sind und sich volle Schonung bis zum endgültigen Abschluß der Genesung gönnen können. Die nichtversicherten

Privatpatienten dagegen müssen die Lasten einer langwierigen und kostspieligen Behandlung selbst tragen und sind schon aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen, ihre Berufstätigkeit so früh wie möglich wieder aufzunehmen."

H a b s führt in seiner Arbeit von 1964 zum Beweis, daß keine sozialen Unterschiede bezüglich der Sterberate an Krebs bestehen, einen Auszug aus der britischen Todesfallstatistik von 1949 - 53 an.

K i r c h h o f f[24] selbst nimmt 1963 zu seinen früher genannten Ergebnissen nochmals Stellung und führt aus, daß nach Angleichung der sozialen Schichten und Besserung der gesamten Wirtschaftslage die Differenzen in den Heilungsziffern nur noch ca. 6% betragen und damit nicht mehr bedeutungsvoll seien. K. unterstreicht nochmals seine Auffassung vom Krebs als Allgemeinerkrankung und schlägt eine generelle Berentung für ein Jahr vor. Nach dieser Zeit sollte nachuntersucht und gegebenenfalls in großzügiger Weise weiterberentet werden.

Auch hinsichtlich der Zeitdauer der Rentengewährung wichen die Meinungen der verschiedenen Autoren stark auseinander. S c h m e r m u n d[33] fordert eine grundsätzliche Invalidisierung von Krebspatienten für mindestens zwei Jahre. Wie problematisch die uneinheitliche Auffassung zu diesem Punkt für die Rentenbegutachtung sei, zeigt er an einer Tabelle über die Berentungsdauer bei den verschiedenen Landesversicherungsanstalten. Die Berentungspraktiken schwankten dabei zwischen rein individuellem Vorgehen und einer grundsätzlichen Berentung für zwei bis drei Jahre.

Für eine zweijährige Rentengewährung sprechen sich auch H e i s s[12] und Z i m m e r[45] aus, ebenso S o e r g e l[39], der aber nachdrücklich darauf hinweist, daß mit einer Berentung der soziale Stand eines Patienten keinesfalls zu heben sei. Beim Collumcarcinom sollte bis zum Stadium II nur eine

Rente auf Zeit gewährt werden, damit nicht Illusionen nach einer "Lebensrente" erwachsen.
H e l l e r[14] empfiehlt in dem Buch "Ärztliche Begutachtung für die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten" von N i x d o r f und B o r n e m a n n (1. Aufl. 1964), Carcinomkranke des Stadiums I für ein bis zwei Jahre aus dem Erwerbsleben herauszunehmen. Bei den Stadien II und III sei auf alle Fälle die Fünfjahresheilungsgrenze abzuwarten, da ein Wiederaufflackern des malignen Prozesses auch nach drei Jahren noch möglich sei.
Im gleichen Buch wird von den Chirurgen G e r h a r t und C o n t z e n[8] für die Patienten ihres Fachgebietes ein ganz anderer Standpunkt vertreten. Sie weisen eindrücklich auf die Notwendigkeit einer individuellen Berentung gerade bei Krebskranken hin, da selbst Patienten mit Metastasen nicht gleichartig beurteilt werden könnten. Für die Feststellung der Erwerbs- Berufsunfähigkeit sollte nicht die Tatsache der Krebserkrankung,sondern nur der Zustand des Patienten entscheidend sein.

Viele Autoren forderten eine Herausnahme des Krebsrekonvaleszenten aus dem Arbeitsprozeß, ohne konkret zu beschreiben, wie sie sich die wirtschaftliche Sicherstellung ihrer Patienten vorstellten. Es wurde oft nur von genereller Invalidisierung gesprochen oder eine Art Genesungsrente gefordert. Betont wurde dabei von allen, daß sich mit der Berentung die wirtschaftliche Situation des Krebsrekonvaleszenten keinesfalls verschlechtern dürfe.
Welche Schwierigkeiten bestanden, derart weitgehende Forderungen mit den gesetzlichen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung (RVO) in Einklang zu bringen, zeigen die folgenden Ausführungen:
Bis zur Verabschiedung des zweiten Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Arbeiter im Krankheits-

falle vom 12. 7. 1961, in dem die Dauer der Krankengeldzahlung wegen der selben Krankheit auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren festgelegt wurde, gab es praktisch nur die Möglichkeit, Rente wegen Erwerbs-/Berufsunfähigkeit zu gewähren, bzw. Heilmaßnahmen und Übergangsgeld. Bei genauer Untersuchung des Gesetzestextes zeigt sich, wie problematisch die Forderung nach einer generellen Berentung allein aufgrund der Diagnose Krebs ist.
In § 1246 RVO (bzw. § 23 AVG), Absatz 2 heißt es:"Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit in Folge Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist."
§ 1247 RVO (bzw. 24 AVG) lautet:" Erwerbsunfähig ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann."
Z i m m e r[45] führt dazu aus:" Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß mit diesen Formulierungen nur die individuelle hochgradige Erwerbsminderung aufgrund von erheblichen Funktionsstörungen durch Krankheit oder deren Folgen gemeint ist, daß also jede prinzipielle Forderung nach Invalidisierung, die nicht von vornherein den Einzelfall im Auge hat, offenbar jeder Rechtsgrundlage entbehrt."
Auch findet sich keine Rechtsgrundlage, allein auf Grund der Diagnose "Krebs" eine Rente zu gewähren. L o t t e r[27] unterstreicht, daß in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht der Körperschaden oder die Krankheit als solche,

sondern die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit berentet wird. Entsprechend kann ein Patient, der erfolgreich operativ oder strahlentherapeutisch behandelt wurde, höchstens wegen der noch verbleibenden Folgeschäden eine Rente gewährt bekommen, denn von der Krebskrankheit wurde er ja mit der Behandlung geheilt.
Auch die Möglichkeit eines Rezidivs, die ja viele Autoren dazu bewegt, langfristige Schonzeiten zu fordern, darf nach L o t t e r aus rechtlicher Sicht nicht als Grundlage für eine Berentung dienen:" Wenn auch nicht verkannt werden darf, daß Rezidive noch nach zwei und mehr Jahren nach dem Zeitpunkt der Erstfeststellung (auch nach Radikaloperation und Bestrahlung) auftreten können, ist es bei den gegenwärtigen medizinischen Erkenntnissen (wie auch in der Tbc-Begutachtung) kaum statthaft, die Möglichkeit eines Rückfalls in späteren Jahren zum Kriterium für eine Berentung zu machen."

Bezüglich des Umfangs der zu zahlenden Renten sind die Versicherungsträger ebenfalls an die bestehenden gesetzlichen Vorschriften gebunden. Der zu zahlende Betrag hängt vor allem ab von der Höhe der geleisteten Beiträge und von der Zahl der anrechnungsfähigen Versicherungsjahre. H a b s[11] nennt in einer Arbeit von 1967 Zahlen über die durchschnittliche Rentenhöhe wegen Erwerbsunfähigkeit aus dem Jahre 1964. Sie betrug bei Männern 47%, bei Frauen nur 26% des letzten Arbeitsverdienstes.
Mit der Rentenreform von 1957 wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, eine Rente wegen EU/BU auf Zeit zu gewähren. Voraussetzung für eine derartige Rente ist die begründete Aussicht auf Behebung der EU/BU in absehbarer Zeit. Eine Zeitrente wird üblicherweise für zwei Jahre gewährt, kann darüber hinaus aber bis zu vier Jahren verlängert werden. Eine solche befristete Rentengewährung bietet für den Kranken besonders in psychischer Hinsicht erhebliche Vor-

züge: Mit dem Rentenbescheid erfährt er die zeitliche Begrenzung seines Rentenbezuges. Er wird nicht zum Dauerrentner abgestempelt sondern bekommt die Besserungsfähigkeit seines Zustands bescheinigt (S c h w a r z e[37], B o r n e m a n n[3], S c h o l z[34]).

Die Verlängerung der Krankengeldzahlung von bisher 26 auf 78 Wochen brachte in verschiedener Hinsicht bedeutende Vorteile gegenüber einer Rente. E l m e n d ö r f f[5] meint, daß mit 1 1/2 Jahren Arbeitsruhe im Krankenstand genügend Spielraum gegeben sei, um auch komplizierte Heilungsvorgänge zum Abschluß zu bringen.

Auch die wirtschaftliche Sicherstellung ist bei einer Betreuung durch die Krankenkassen eher gegeben als mit einer Rente, beträgt doch das Krankengeld in den ersten 6 Wochen 100%, später bis zur 78. Woche 65 - 75% des letzten Arbeitsverdienstes (H a b s[11]).

Auch in anderer Hinsicht bietet die Ausnutzung einer längeren Krankengeldzahlung Vorteile gegenüber einer frühzeitigen Berentung. So weist S c h w a r z e[36] darauf hin, daß nach den üblichen Tarifverträgen im öffentlichen und privaten Dienst ein Rentenbezug oft zu einer Beendigung des bestehenden Arbeitsverhältnisses führt. Daß eine frühzeitige Berentung mit der psychischen Belastung, als unheilbar krank abgestempelt zu sein, verbunden sein kann, wurde besonders von B a u e r[2], G ö g l e r[9], S c h w a r z e[37] u.a. mehrfach unterstrichen. Die verlängerte Krankengeldzahlung bietet somit nicht nur eine echte Alternative, sondern weist erhebliche Vorteile gegenüber einer Berentung auf.

Die gegensätzlichen Meinungen zum Thema der Berentung traten auf dem Dtsch. Krebskongreß 1963 in Mainz erneut deutlich zu Tage. K i r c h h o f f[24] regte damals an, eine gemeinsame Kommission aus Vertretern der Ärzteschaft und der Versicherungsträger zu bilden, um für das zukünftige Handeln

"praktisch realisierbare und dann allgemeingültige Richtlinien auszuarbeiten."
Nach ersten Besprechungen einigten sich die leitenden Ärzte mehrerer Landesversicherungsanstalten , der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesbahnversicherungsanstalt auf einen gemeinsamen Vorentwurf einer Rentenempfehlung (gemäß den internen Richtlinien der BfA), der im Januar 1965 als Erörterungsgrundlage mit namhaften Wissenschaftlern und Krebsforschern diente.
An dieser Diskussion nahmen Prof. K.H. B a u e r (Heidelberg), Prof. B o c k (Tübingen), Prof. F l a s k a m p (Oberhausen) und Prof. K i r c h h o f f (Göttingen) teil. Dabei einigten sich die Teilnehmer auf das vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) vorgeschlagene Schema, das als annehmbar und verbindlich bezeichnet wurde. Das Ergebnis dieser Verhandlungen wurde in der bekannten Formulierung auf dem Krebskongreß in München (Februar 1966) vom Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e.V. als " E m p f e h l u n g z u r s o z i a l m e d i z i n i s c h e n B e u r t e i l u n g v o n V e r s i c h e r t e n m i t b ö s a r t i g e n G e s c h w u l s t e r k r a n k u n g e n" vorgestellt, eingehend diskutiert (s. Bd. 6, Krebsforschung und Krebsbekämpfung, S.451 ff.), zur Anwendung empfohlen und veröffentlicht.[46].

Der Inhalt dieser Empfehlung stützt sich vor allem auf ein Konzept, das F. S c h w a r z e[36] in dem Referat "Zur Rentenbegutachtung und nachgehenden Behandlung bösartiger Geschwulsterkrankungen" in der Zeitschrift "Der Medizinische Sachverständige" vom März 1965 dargelegt hat. Dieser Artikel enthält auch die vom Verfasser erarbeitete und später in die "Empfehlung" übernommene Übersicht der 5-Jahresüberlebenszeiten bei den verschiedenen Geschwulsterkrankungen.

Im folgenden Abschnitt sollen die wichtigsten Punkte der "Empfehlung" kurz vorgestellt werden.

1. Hinweis auf die Einteilung bösartiger Geschwulsterkrankungen in Stadien. Abhängigkeit der individuellen Beurteilung von Art, Lokalisation, Stadium und Histologie der Geschwulst.
2. Erläuterung des sammelstatistischen Begriffes 5-Jahresüberlebenszeit; dies sei kein Kriterium für grundsätzlich 5-jährige Rentengewährung.
3. Einteilung der Malignome in solche mit günstiger und ungünstiger Prognose. Die Grenze wird bei einer 5-Jahresüberlebenszeit von 75% gezogen.
4. Bei günstiger Prognose kann im ersten Jahr EU vorliegen, im zweiten Jahr meist nur BU. Zusätzlich sollen Alter, Allgemeinzustand, erhebliche Funktionsstörungen und spezielle Berufsanforderungen mitberücksichtigt werden.
5. Dem Wunsch, den Gesundungswillen eines Kranken zu stärken, kann auch eine Zeitrente entgegenstehen (psychische Belastung durch Arbeitsplatzverlust). Hinweis auf anderweitige Sicherstellung wie z.B. Krankengeld für 78 Wochen, Heilbehandlung und Übergangsgeld.
6. Bei ungünstiger Prognose kann EU auf unbestimmte Zeit angenommen werden. Überprüfung nach 2 - 3 Jahren.

In Anlage 1 findet sich eine Einteilung der bösartigen Geschwulsterkrankungen mit Angabe der 5-Jahresüberlebenszeit. In Anlage 2 werden die Begriffe Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit erläutert.

Diese "Empfehlung" stellt einen Kompromiß zwischen den damaligen Minimal- und Maximalforderungen der beiden Seiten mit ihren konträren Auffassungen dar.
Bei Betrachtung der Empfehlung fällt ein Punkt besonders auf. Wurde vorher die Zeitdauer der Rentengewährung hauptsäch-

lich aus dem Stadium des Tumors abgeleitet, so wird jetzt unterschieden zwischen prognostisch relativ günstigen und ungünstigen Fällen, wobei die Grenze bei ca. 75% gesetzt wurde. Wie S c h w a r z e[36] ausführt, berücksichtigt diese Unterteilung auch Faktoren, die bei einer reinen Einteilung nach dem Stadium bisher fast unberücksichtigt blieben, nämlich Histologie des Tumors, Therapie und Erkrankungsalter. So geht z.B. aus der tabellarischen Gliederung der Malignome nach der 5-Jahresüberlebenszeit hervor, daß ein Adenocarcinom des Collum uteri im Gegensatz zum Plattenepithelcarcinom in die Gruppe der prognostisch ungünstigen Carcinome gehört, ebenso wie das Ca colli II mit nur strahlentherapeutischer Behandlung. Welche Bedeutung auch das Erkrankungsalter hat, zeigt sich an der Tatsache, daß Frauen mit einem Mammacarcinom, die jünger als 30 Jahre alt sind, eine 5-Jahresüberlebenszeit von praktisch 0 % haben.

Die Berechtigung einer Zeitrentengewährung bei Fällen mit günstiger Prognose, die von N e u h ä u s e r (Düsseldorf) 1963 mit dem Hinweis auf den nicht absehbaren Verlauf bei bösartigen Geschwulsterkrankungen abgelehnt worden war, unterstreicht S c h w a r z e ebenso wie B o r n e m a n n[3]. Sie weisen daraufhin, daß in der Medizin niemals eine konkrete Prognose für den Einzelfall gestellt werden könne, sondern daß es sich immer um eine abstrakte Voraussicht aufgrund statistisch belegbarer klinischer Erfahrung handeln könne. Bei Krebsrekonvaleszenten, die in 75% der Fälle die Aussicht haben, ihre Erkrankung zu überleben, kann eine begründete Aussicht auf Behebung der EU/EU in absehbarer Zeit angenommen werden.
Hervorzuheben ist nochmals der in Punkt 5 der"Empfehlung" enthaltene Appell an die Ärzte, zu bedenken, ob sie ihren Patienten mit dem Rat zum Rentenantrag wirklich helfen (H o p p e[18]). B o c k[48] bemerkt zu diesem Thema folgendes: "Jeder kranke hat ein Recht auf Schonzeit. Jeder Genesende bedarf der Ermunterung zur Aktivität und Selbsthilfe. Wir

dürfen als Ärzte beides nicht übertreiben. Wir sollten aber keinesfalls die beste Zeit zur Rückführung in das tätige Leben versäumen. Es wäre für den Krebskranken ein Schaden, würde man ihn durch nichtgewollte Berentung durch die Note "berufs-" oder gar "erwerbsunfähig" deprimieren und aus der Bahn seiner Aktivität stoßen."

Im Vergleich zu den lebhaften Diskussionen vor Verabschiedung der "Empfehlung" 1966 finden sich in den folgenden Jahren nur noch relativ wenig Beiträge zu diesem Thema. E l m e n d o r f f[5] (Düsseldorf) vertritt 1966 die Ansicht, daß die "Empfehlung" in der praktischen Anwendung der Invalidisierungshandhabung keinen Niederschlag gefunden habe. E. schließt dies aus einer Untersuchungsreihe an 206 Patienten, hauptsächlich aus dem Gebiet der LVA-Rheinprovinz, die jünger als 65 Jahre waren. Er stellte dabei fest, daß 53 von ihnen nach 5 Jahren immernoch invalidisiert waren, obwohl bei 40 die operationsbedingte MdE hierfür nicht ausreichte. S c h w a r z e[38] weist diese Kritik zurück mit dem Hinweis, daß ein großer Teil der Patienten bereits vor Bekanntgabe der "Empfehlung" berentet worden sei und sich außerdem ein Teil der Patienten zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr befände, bei denen z.B. von der BfA keine Zeitrente mehr gewährt zu werden pflegt (Ärztl. Gutachter in der RV, 1970, Heft 5).
H a b s[11] äußert sich 1967 dahingehend, geheilte Krebskranke überhaupt von der Rentengewährung auszunehmen mit Ausnahme von Versicherten mit schwerwiegenden langdauernden Folgeerscheinungen. H. bedauert, daß die Krankenkassen den § 183, Abs. 7 RVO häufig benutzen, um geheilte Krebskranke mit voraussichtlich längerer Arbeitsunfähigkeit an die Rentenversicherung abzuschieben. Bei einem derartigen Vorgehen wäre die Verlängerung der Krankengeldzahlung auf 78 Wochen ohne Sinn geblieben. H a b s appellierte an die Rentenver-

sicherungsträger, häufiger Rentenanträge abzulehnen, um die Patienten in der für sie günstigeren Betreuung durch die Krankenkasse zu belassen.

H e y d e[15,16] der bei dem Rundtischgespräch auf dem Krebskongreß 1966 in München die "Empfehlung" als einen begrüßenswerten Ansatz bei der Regelung von Rentenproblemen bei Krebskranken bezeichnet hatte, brachte bereits 1967 Einwände gegen diese Richtlinien vor. Er übte Kritik an den fehlenden Nachuntersuchungen bei Zeitrenten und hielt sie aus diesem Grunde bei Krebskranken für nicht praktikabel. H e y d e fürchtet, daß zum Zeitpunkt des Rentenfortfalls noch subjektiv symptomlose Verschlimmerungen vorliegen könnten oder posttherapeutische Schäden, die dann der Beobachtung entgingen. Weiterhin wertet H. die in der tabellarischen Aufstellung der "Empfehlung" genannten 5-Jahresüberlebenszeiten als Spitzenleistungen einiger Kliniken und bezweifelt, daß überall in Deutschland derartige Heilungsquoten erreicht werden könnten. Auch nimmt er beim Ca colli Ia einen von der "Empfehlung" differenten Standpunkt ein und empfiehlt in diesen Fällen eine kürzere Berentungszeit.

D o l d[4] (Gauting) erläutert in einer Arbeit von 1973 die Möglichkeiten der wirtschaftlichen Sicherstellung noch einmal und unterstreicht, daß Rehabilitation vor Rente gehe. Neben den schon früher genannten Nachteilen einer Rente fürchtet er zudem eine Zunahme der Zivilisationskrankheiten wie Bewegungsarmut, Überernährung, Alkohol- und Nikotinabusus. D o l d plädiert dafür, schon ab Heilungschancen von 50% zunächst Zeitrenten zu gewähren, da bei diesem Personenkreis Rentenentzugsverfahren häufig wären, ein solches Vorgehen aber von den Rentenbeziehern als erlittenes Unrecht empfunden werde. Auf die Frage, ob bei einer 5-Jahresüberlebenszeit von nur 50% noch von begründeter Aussicht auf Behebung der EU/EU in absehbarer Zeit (lt. RVO bzw. AVG

Voraussetzung für Zeitrentengewährung) gesprochen werden kann, geht D o l d nicht ein.
H u s s l e i n und S t ö g e r[19] (Wien) gehen in ihren Forderungen noch weiter und möchten Patienten mit 75% und mehr Heilungschance allein im Krankenstand belassen. Für Patienten mit einer 5-Jahresüberlebenszeit zwischen 50% und 75% empfehlen die Autoren Zeitrente mit dem Hinweis, daß 75% der Rezidive im ersten und weitere 10 - 15% im zweiten Jahr nach der Primärtherapie auftreten. Erst ab Collum-/Corpus-Ca III plädieren sie für eine Dauerrente.
T r ä g e r[43] wies 1972 nochmals auf die Bedeutung der "Empfehlung" für die Rentenbegutachtung hin. Er schlägt allerdings vor, daß die Erstbegutachtung möglichst in der behandelnden Klinik stattfinden sollte.

IV. UNTERSUCHUNGSMATERIAL UND METHODIK

1. Material:

Bearbeitet wurden die Rentenakten von 470 Collum- und Corpuscarcinom-Patientinnen, die als Rentenzugänge bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) im Jahre 1968 verzeichnet sind und eine Zeitrente bezogen haben.
Von den 470 Frauen hatten 364 wegen eines Collumcarcinoms, 106 wegen eines Corpuscarcinoms eine Rente erhalten.
Die Ermittlung der Gesamtzahl an Rentenzugängen wegen gynäkologischer Carcinome und das Auffinden der Akten wurde durch die computertechnische Datenverarbeitung sehr erleichtert, da alle Rentenzugänge der BfA wegen EU/BU mit einer Schlüsselzahl versehen werden, welche die der Leistungsminderung zugrunde liegende Erkrankung kennzeichnet.

Zusätzlich wurden Fragebögen an 330 ehemalige Zeitrentenempfängerinnen geschickt.
In einzelnen Fällen, wo ein Grund für die heute (1974/75) noch bestehende EU/BU-Rente nicht ersichtlich war, wurden Hausarztberichte angefordert bzw. gutachterliche Nachuntersuchungen veranlaßt.

2. Methodik:

Die aus den Rentenunterlagen gezogenen Daten wurden mit Hilfe eines Lochkartensystems festgehalten, wobei für jeden Rentenbezieher eine Lochkarte angelegt wurde. Wichtige Informationen wurden zusätzlich im Klartext fixiert.

Folgende Daten wurden aufgenommen:

a) Alter bei Eintritt des Versicherungsfalles
b) Stadium der Erkrankung
c) Art der Therapie (Operation oder Bestrahlung)

d) Überlebenszeit gegliedert nach Jahren
e) Auftreten von Rezidiven gegliedert nach Jahren
f) Art der gewährten Rente (EU, BU, Umwandlung der Rente)
g) Gesamtzeit der Rentengewährung
h) Familienstand
i) Berufstätigkeit bei Eintritt des Versicherungsfalles
k) Zeitrenten-Verlängerungsanträge (1., 2., 3. VA)
l) Ursachen für weitere Rentengewährung
m) Sozialgerichtsklage bei abgelehntem Verlängerungsantr.

Fragebogenaktion:

n) Berufstätigkeit nach Fortfall der Zeitrente
o) z.Zt. berufstätig
p) Tätigkeit im Haushalt
q) Arbeitsplatzverlust durch den Rentenbezug
r) Aufforderung zum Rentenantrag durch die Krankenkasse (gemäß § 183, Abs. 7 RVO, alte Fassung). Dieser Paragraph diente zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen zu Lasten der Rentenversicherung, stand aber dem Grundsatz "Rehabilitation geht vor Rente" entgegen und hatte für die Patienten oft psychologisch negative Folgen.

V: UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt aus Gründen der Übersicht jeweils im Anschluß an das bearbeitete Kapitel. Am Ende der Arbeit werden die Ergebnisse noch einmal im Zusammenhang dargestellt.

Alter bei Eintritt des Versicherungsfalles +

1. Collumcarcinom-Patienten: Gesamtzahl = 364

Tabelle I: Altersverteilung

Jahre	<35	<40	<45	<50	<55	<60	>60
364	22	38	103	105	69	25	2
%	6,0	10,4	28,3	28,8	19,0	6,9	0,5

Bei Eintritt des Versicherungsfalles waren 268 Frauen = 73,6% jünger als 50 Jahre.

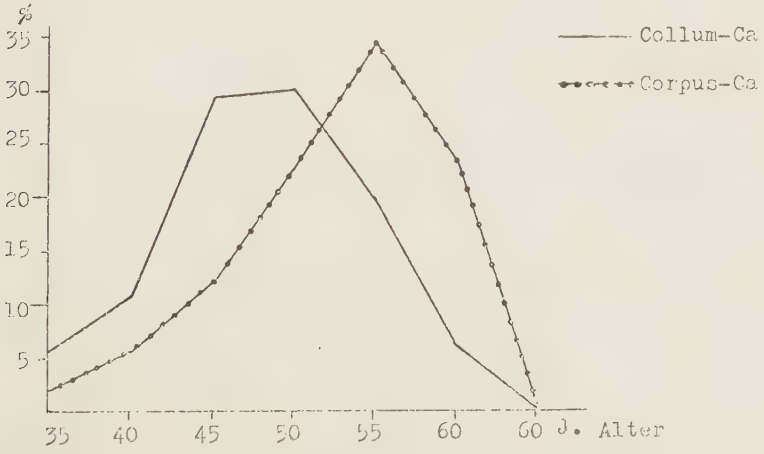
2. Corpuscarcinom-Patienten: Gesamtzahl = 106

Tabelle II: Altersverteilung

Jahre	<35	<40	<45	<50	<55	<60	>60
106	2	6	13	24	36	24	1
%	1,9	5,7	12,3	22,6	34,0	22,6	1,0

Bei Eintritt des Versicherungsfalles waren 45 Frauen = 42,5% jünger als 50 Jahre.

Schaubild zur Altersverteilung (Abb. 1)



Diskussion der Ergebnisse

Der Altersgipfel für das Auftreten von Collumcarcinomen liegt bei dem untersuchten Patientenkollektiv zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr. Allerdings findet sich ein breiter Gipfel der Alterskurve, der zeigt, daß 57,1% der Patientinnen zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr an einem Collumcarcinom erkrankten.
Die Alterskurve für das Auftreten von Corpuscarcinomen zeigt einen schmaleren Gipfel, der mit 34% zwischen dem 50. und 54. Lebensjahr liegt.
Damit waren die Patientinnen des eigenen Krankengutes durchschnittlich 5 Jahre jünger, als es nach den Angaben von H e y d e n[17], H e y d e[16], und U l m[49] zu erwarten gewesen wäre. Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß bei der BfA ab dem 57. bis 58. Lebensjahr im allgemeinen keine Renten auf Zeit mehr gewährt werden, da mit 60 Jahren oft Anspruch auf "vorgezogenes" Altersruhegeld besteht.
Die sozialmedizinische Bedeutung der Gruppe der gynäkologischen Carcinome wird deutlich, wenn man sieht, daß in dem untersuchten Krankengut 73,5% der Collum- und 42,5% der Corpuscarcinom-Patienten jünger als 50 Jahre sind.

+) Eintritt des Versicherungsfalles (Eintritt der BU/EU)
= Diagnose des Ca
od. Beginn der Krankenhausbehandlung
od. Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Stadienverteilung bei Collum- und Corpuscarcinomen

1. Collumcarcinom: 364 Rentenzugänge

Tabelle V: Stadienverteilung in Absolutzahlen

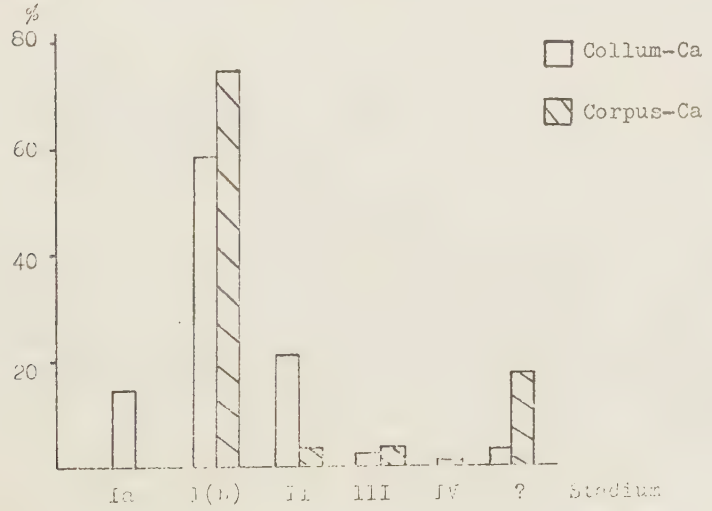
Stadium	0-Ia	Ib	II	III	IV	Stad.?
Lebende	52	185	46	2	-	11
Verstorbene	1	27	31	7	2	-
Gesamt(364)	53	212	77	9	2	11
%	14,6	58,2	21,2	2,5	0,5	3,0

2. Corpuscarcinom: 106 Rentenzugänge

Tabelle VI: Stadienverteilung in Absolutzahlen

Stadium	I	II	III	IV	Stad.?
Gesamt	78	5	4	0	19
%	73,6	4,7	3,8	0	17,9

Übersichtsbild zur Stadienverteilung (Abb. 2)



Diskussion der Ergebnisse

94% der Collum-Ca-Patientinnen wiesen ein Stadium 0 - II auf. Der Anteil der Carcinome mit relativ ungünstiger Prognose betrug nur 3%, in weiteren 3% war das Stadium nicht zu ermitteln.

Bezüglich der Prognose "günstig-ungünstig" ist die "Empfehlung" im wesentlichen eingehalten worden, d.h. relativ wenig prognostisch ungünstige Fälle erschienen in der Gruppe der Renten auf Zeit. Eine nicht unerhebliche Fehlberentung liegt allerdings für die Stadien 0 - Ia vor, die nach der "Empfehlung" von einer Rentengewährung ausgeschlossen bleiben sollten. Der Anteil dieser Gruppe mit 14,6% der Fälle ist einfach zu hoch, zumal die ermittelte 5-Jahresüberlebenszeit 98,2% beträgt. Die Voraussetzung für eine Rentengewährung ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit. Im Falle der bösartigen Geschwülste wird zusätzlich der ungewissen Prognose Rechnung getragen. Bei den Frühstadien 0 - Ia kann bei einer fast 100%-igen Heilungschance nicht von einer schlechten Prognose gesprochen werden. Diese Fehlberentung kann aber nicht als ein Negativum der "Empfehlung", sondern muß als Fehler in der Praktizierung durch den Rentenversicherungsträger gewertet werden.

Bei den Corpus-Ca-Patientinnen lag in 73,6% der Fälle ein Stadium I vor, 8,5% gehörten in die Gruppe mit ungünstiger Prognose. In 17,9% der Fälle lagen keine Angaben über das Stadium vor, obwohl eine Einteilung nach Stadium und Prognose die Voraussetzung für die Rentengewährung darstellt. Auf der Einholung von Krankenhausberichten mit Angabe von Stadium, Histologie und Art der Therapie müßte immer bestanden werden. Das Versäumnis lag aber in den seltensten Fällen bei der BfA. Selbst nach mehrfachen Aufforderungen wurden die gewünschten Angaben von den Krankenhäusern häufig nicht mitgeteilt.

Absterbequote - Rezidivquote

1. Absterbequote: Von 364 Zeitrenten-Zugängen 1968 wegen Collum-Ca mit vorwiegend günstiger Prognose verstarben bis zum Zeitpunkt der Untersuchung (1974/75) 68 = 18,7%.

Tabelle VII: Aufteilung nach Stadium und Überlebenszeit. Die angeführten %-Werte geben die Absterbequote an, d.h. die Zahl der Verstorbenen wurde in Relation zur Gesamtzahl der Erkrankten eines Stadiums gesetzt.

Jahr	1.		2.		3.		4.		5.		6.-8.		Gesamtzahl		
Stad.	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	Verst./	%	Erkr.
0-Ia	-	-	-	-	-	-	-	-	1+	1,9	-	-	1	1,9	53
Ib	-	-	2	0,9	7	3,3	7	3,3	3	1,4	8	3,8	27	12,7	212
II	-	-	8	10,4	11	14,3	6	7,8	4	5,2	2	2,6	31	40,3	77
III	-	-	4	44,4	2	22,2	-	-	1	11,1	-	-	7	77,8	9
IV	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	2

Die Zahlen für die Stadien III und IV sind ergänzend zugefügt, obwohl wegen der geringen Zahl der Erkrankten und Verstorbenen keine Auswertung erfolgen kann. Patienten mit einem Stadium III oder IV hätten laut "Empfehlung" keine Zeitrente erhalten dürfen.

Tabelle VIII: Damit ergeben sich folgende 5-Jahresüberlebenszeiten (5-JÜZ), bzw. Überlebenszeiten bis zum Zeitpunkt der Untersuchung (7-8 JÜZ seit der Erkrankung).

Stadium	0-Ia	Ib	II	III	IV
5-JÜZ	98,2%	91,1%	62,4%	22,2%	0%
7-8-JÜZ	98,2%	87,3%	59,7%	22,2%	0%

+) 1 Todesfall bei Stad.Ia, Todesursache unbekannt (s.S. 31)

Therapie beim Collumcarcinom

Nach den Angaben von L i n k e[26] und M o r i t a und T a k a h a s h i[29] beeinflußt auch die Art der Therapie (Radikaloperation mit und ohne Bestrahlung, alleinige Bestrahlung) die Prognose. In dem untersuchten Krankengut fanden sich für die Stadien Ib und II dabei folgende Verteilungen für die Art der Therapie:

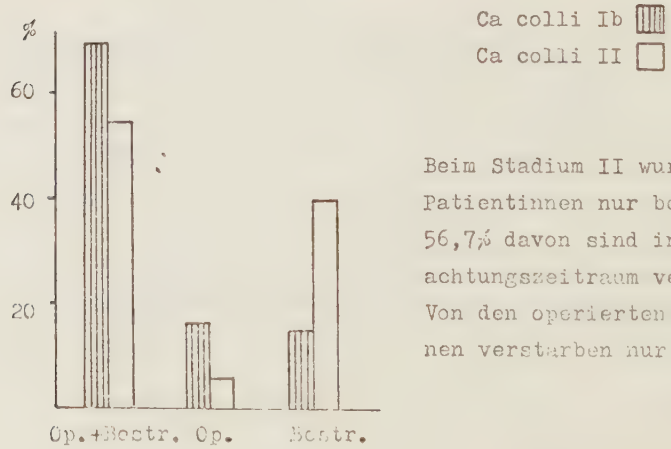
Tabelle IX: Therapie bei Ca colli Ib, 212 = 100%

Therapie	Anzahl	%	Verstorb.	%
Op. + Bestrahl.	147	69,3	21	11,6
nur Op.	33	15,6		
nur Bestrahl.	32	15,1	6	18,8

Tabelle X: Therapie bei Ca colli II, 77 = 100%

Therapie	Anzahl	%	Verstorb.	%
Op. + Bestrahl.	42	54,5	14	29,8
nur Op.	5	6,5		
nur Bestrahl.	30	39,0	17	56,7

Übersicht zur Art der Therapie (Abb. 3)



Beim Stadium II wurden 39% der Patientinnen nur bestrahlt. 56,7% davon sind in dem Beobachtungszeitraum verstorben. Von den operierten Patientinnen verstarben nur 29,8%.

2. Rezidivquote

Bei 67 von 364 Collum-Ca-Patientinnen trat nach der Behandlung im Laufe der folgenden 7 - 8 Jahre eine Rezidiv auf. Von den 68 im Untersuchungszeitraum Verstorbenen starben 64 an einem Rezidiv oder Metastasen. Ob es sich dabei auch in jedem Fall um die Todesursache gehandelt hat, konnte nicht ermittelt werden (H e l l e r und K ä s e r[14], "Über Todesursachen beim Collumkarzinom"). Von den verbleibenden 4 Fällen starb eine Patientin an einem Mammacarcinom, dreimal konnte die Todesursache nicht ermittelt werden. Von den Patientinnen des Stadiums 0 - Ia verstarb eine im 5. Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalles. Es handelte sich dabei um eine Patientin des Jahrgangs 1911, die ein Jahr nach Ablauf der Zeitrente Altersruhegeld bezog und ein Jahr später (1972) verstarb. Die Todesursache konnte nicht ermittelt werden.

Tabelle XI: Anzahl der Rezidive, gegliedert nach Stadium und Zeitpunkt des Rezidiv-Eintritts. Die ersten zwei Jahre wurden zusammengefaßt, da aus den Unterlagen für diesen Zeitraum eine klare Trennung nicht möglich war. Die %-Werte geben die Rezidivquote bezogen auf die Gesamtzahl der Erkrankten eines Stadiums wieder.

Jahr	2.J		3.J		4.J		5.J		6.-8.J		Ges.Rez.		Erkr.
Stad.	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
Ib	10	4,7	10	4,7	1	0,5	3	1,4	4	1,9	28	13,2	212
II	21	27,2	7	9,1	2	2,6	-	-	-	-	30	39,0	77
III	6	66,7	-	-	1	11,1	-	-	-	-	7	77,8	9
IV	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	2

Wie die Tabelle zeigt, traten beim Stadium Ib innerhalb der ersten zwei Jahre nur in 4,7% der Fälle Rezidive/Metastasen auf, innerhalb der 5-Jahresfrist in 11,3%. Beim Sta-

dium II beträgt die Rezidivquote innerhalb der ersten 2 Jahre 27,2%, innerhalb der 5-Jahresfrist 38,9%. Ab Ende des 4. Jahres trat aber kein Rezidiv mehr auf.

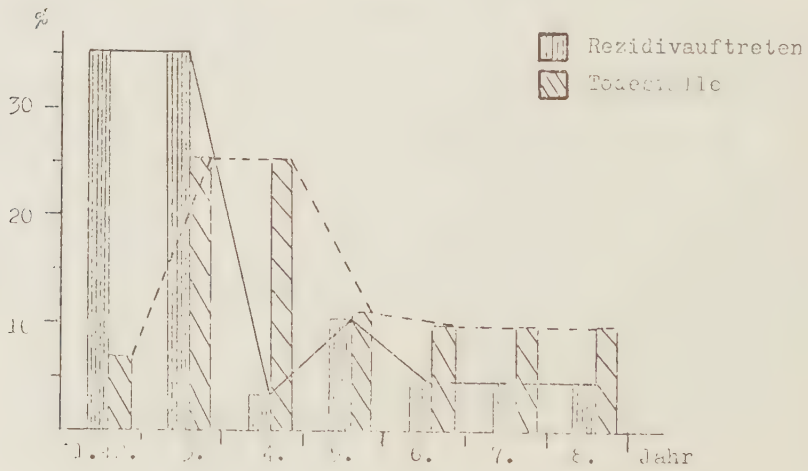
Tabelle XII: Prozentuale Verteilung der Rezidive nach Jahren, wobei die Gesamtzahl der Rezidive eines Stadiums als 100% angenommen wurde.

Jahr Stadium	-2.J	-3.J	-4.J	-5.J	>5.J	abso- lut
Ib	35,7	35,7	3,6	10,7	14,3	28
II	70,0	23,3	6,7	-	-	30
III	85,7	-	14,3	-	-	7
IV	100,0%	-	-	-	-	2

Auf die Auswertung dieses Ergebnisses wird anschließend genauer eingegangen.

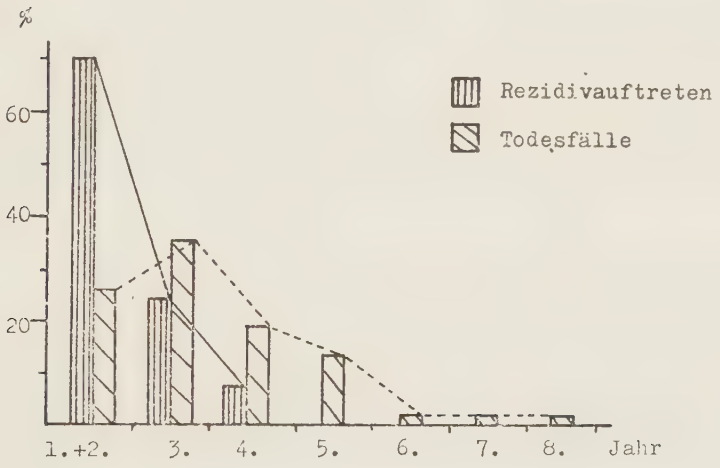
Die Beziehung zwischen Rezidiv-Eintritt und Absterbekurve soll in den folgenden Übersichten für die Stadien Ib und II dargestellt werden.

1. Ca colli Ib (Abb. 4)



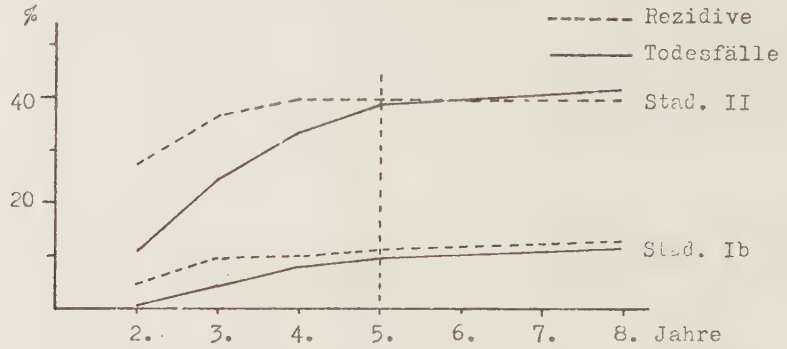
Wie die Kurve zeigt, treten beim Stadium Ib innerhalb der ersten zwei Jahre nur 35,7% der Rezidive auf, innerhalb der ersten drei Jahre sind es insgesamt 71,4%. Die Absterbekurve zeigt einen breiteren Verlauf und hinkt mit dem Maximum der Kurve um ca. ein Jahr nach.

2. Ca colli II: (Abb. 5)



Beim Stadium II treten innerhalb der ersten zwei Jahre 70% der Rezidive auf, innerhalb der ersten drei Jahre sind es 93,3%. Die Absterbekurve zeigt ihr Maximum ebenfalls ein Jahr später.

Vergleichende Darstellung zwischen Rezidiv- und Absterbequote bei den Stadien Ib und II. (Abb. 6)



Die Darstellung zeigt die entschieden niedrigere Rezidiv- und Absterbequote des Stadiums I gegenüber II. Die Überschneidung der Kurven beim Stadium II zeigt an, daß einige der Patientinnen nicht an einem Carcinomrezidiv verstorben sind.

Corpuscarcinom

Von 106 Corpus-Ca-Patientinnen waren bis zum Zeitpunkt der Untersuchung 6 verstorben, 4 davon an einem Rezidiv/Metastasen. Bei den 100 heute noch Lebenden war kein Rezidiv aufgetreten.

Jahre	-2	-3	-4	-5	> 5	ges.
Rezidiv	2	2	-	-	-	4
Verstorb.	-	3	-	1	2	6

Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt soll nur das Verhalten bei Collum-Ca-Patientinnen beurteilt werden, da bei nur 6 verstorbenen Corpus-Ca-Patientinnen keine Aussage zu treffen ist.

Von 364 Collum-Ca-Patientinnen verstarben bis zum Zeitpunkt der Untersuchung (1974/75) 68 = 18,7%, innerhalb der 5-Jahresfrist 58 = 15,7%. Besonders günstig ist die 5-Jahresüberlebenszeit der Stadien 0 - Ia mit 96,2% und auch des Stadi-

ums Ib mit 91,2%. Entsprechend ergeben sich Absterbequoten von 1,8 bzw. 8,8% innerhalb von 5 Jahren.
Vergleicht man diese Ergebnisse mit den von L i n k e[26], K e r n[22], K o t t m e y e r[25] und B a u e r[2] genannten Zahlen, fällt eine etwas günstigere Prognose für das Stadium Ib des eigenen Patientengutes auf.
Diese Abweichung hängt möglicherweise mit dem durchschnittlich 5 Jahre früher liegenden Gipfel der Altersverteilungskurve des untersuchten Krankengutes zusammen.
Die Belastungen einer radikalen Krebsoperation werden erfahrungsgemäß von jüngeren Patienten leichter überstanden. K.H. B a u e r[2] bemerkt dazu, daß Risikofaktoren wie Alter, Anämie und Kreislaufstörungen wegen der zu hohen Operationsmortalität einem radikalen operativen Vorgehen Grenzen setzen. Zusätzlich beeinflusse auch die natürliche Absterbeordnung der Menschen höheren Alters durch andere Erkrankungen die Heilungsziffern ungünstig.
Das zeitliche Auftreten von Rezidiven zeigt ebenfalls Abweichungen der eigenen von den in der Literatur genannten Zahlen, die je nach Autor zwischen 80 und 46% für das erste Jahr und 30 - 10% für das zweite Jahr schwanken (S o e r g e l[39], S t e g m a n n und H a u g e r[41], H e y d e[16]). Im eigenen Krankengut traten beim Stadium Ib nur 35,7% der Rezidive in den ersten zwei Jahren auf, im 3. Jahr weitere 35,7% (alle Rezidive = 100%).
Als Ursache für die differierenden Ergebnisse wird folgendes vermutet: Ausgewertet wurden nur die Unterlagen von Zeitrentenempfängern. Die Renten-Erstbegutachtung findet meist erst 6 - 8 Monate nach Eintritt des Versicherungsfalles statt. Trat nun bei zum Zeitpunkt der Operation/Bestrahlung prognostisch noch günstigen Fällen frühzeitig, d.h. in diesen 6 - 8 Monaten, ein Rezidiv oder Metastasen auf, hätte den Richtlinien der "Empfehlung" entsprechend eine Rente auf unbestimmte Zeit gewährt werden müssen. Die Dissertation von

K r a e f[50] (Berlin 1976) könnte diese Frage evt. klären. Untersucht wurde die Problematik der Rentengewährung bei Carcinomen mit ungünstiger Prognose.
Untersucht man dann nur die Restgruppe, bei der zum Zeitpunkt der Untersuchung kein Rezidiv oder Metastasen erkennbar war, muß zwangsläufig der Anteil der Rezidive in den folgenden Jahren höher liegen.
Für das Stadium Ib muß allerdings die Frage gestellt werden, ob überhaupt eine Rentengewährung, selbst eine zeitlich begrenzte, notwendig und sinnvoll erscheint, traten doch in dem untersuchten Patientengut innerhalb der ersten zwei Jahre nur in 4,7% der Fälle Rezidive oder Metastasen auf, innerhalb von 5 Jahren nur in 11,3% der Fälle.
Bei Krebsrekonvaleszenten wird im allgemeinen neben einer wohl immer vorliegenden Leistungsminderung durch Operations- oder Bestrahlungsfolgen auch der ungewissen z.T. ungünstigen Prognose Rechnung getragen. Dieser 2. Punkt kann bei den günstigen 5-Jahresüberlebensziffern des Stadiums Ib nicht in Anspruch genommen werden. Es ist auf Grund der Untersuchungsergebnisse daher zu fordern, Patientinnen des Stadiums Ib von der Rentengewährung auf Zeit auszunehmen und sie in der Betreuung durch die Krankenkassen zu belassen. Nur bei einer tatsächlichen hochgradigen Minderung der Erwerbsfähigkeit über längere Zeit sollte eine Rente ärztlich befürwortet werden.
Für das Stadium II wurde die 5-Jahresüberlebenszeit mit 62,4% ermittelt, d.h. die Absterbequote betrug 37,6%. Diese Ergebnisse sind ungünstiger als es nach den Angaben von R u n g e und Z e i t z[47] zu vermuten gewesen wäre. Sie ähneln allerdings den Angaben von K o t t m e y e r[25] über die Behandlungserfolge bei ausschließlich bestrahlten Patienten. Tatsächlich wurden in dem untersuchten Krankengut 39% der Patientinnen des Stadiums II nur strahlentherapeutisch behandelt. Von diesen verstarben in dem Beobachtungszeitraum 56,7% von den Operierten nur 29,8%.

Familienstand - Berufstätigkeit

1. Collumcarcinom: 364 Rentenzugänge

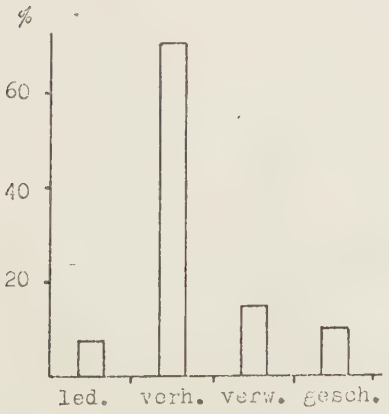
Tabelle III: Absolutzahlen zum Familienstand und zur Berufstätigkeit bei Eintritt des Versicherungsfalles. Die %-Werte der Spalte "berufstätig" wurden für den jeweiligen Familienstand ermittelt.

Familienstand	abs. Z.	%	Kinder	berufst.	%
Ledig	26	7,1	5	25	96,2
Verheiratet	256	70,3	207	171	66,8
Verwitwet	49	13,5	36	38	77,6
Geschieden	33	9,1	26	30	90,9
Gesamt	364	100.0	274	264	72,5

75,3% der Collum-Ca-Patientinnen hatten Kinder geboren.

Von den 364 Rentenzugängen waren bis zum Eintritt des Versicherungsfalles 264 berufstätig = 72,5%. Nicht berufstätig waren 100 = 27,5%.
Von 364 Collum-Ca-Patientinnen verstarben in dem Beobachtungszeitraum 68. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles waren 52 = 76,5% berufstätig. Nicht berufstätig waren 16 = 23,5%.

Familienstand (Abb. 7)



Berufstätigkeit (Abb. 8)

Familienstand - Berufstätigkeit:

2. Corpuscarcinom: 106 Rentenzugänge

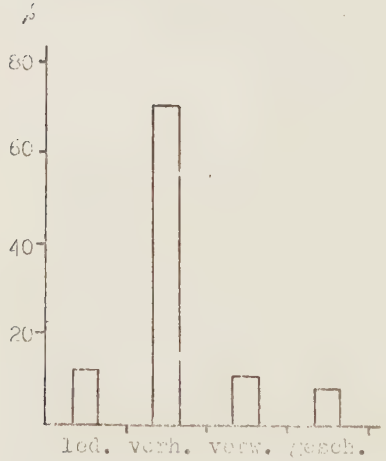
Tabelle IV: Absolutzahlen zum Familienstand und zur Berufstätigkeit bei Eintritt des Versicherungsfalles.

Familienstand	abs.Z.	%	Kinder	berufs.	%
Ledig	13	12,3	3	13	100,0
Verheiratet	74	69,8	41	39	52,7
Verwitwet	12	11,3	7	8	66,7
Geschieden	7	6,6	5	6	85,7
Gesamt	106	100,0	56	66	62,3

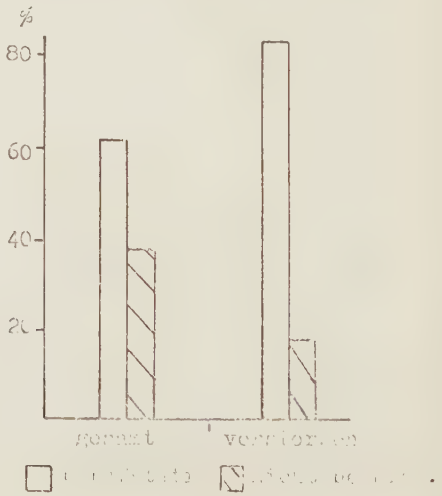
52,3% der Corpus-Ca-Patientinnen hatten Kinder geboren.

Von den 106 Rentenzugängen waren bis zum Eintritt des Versicherungsfalles 66 berufstätig = 62,3%. Nicht berufstätig waren 40 = 37,7%.
Von 106 Corpus-Ca-Patientinnen verstarben in dem Beobachtungszeitraum 6. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles waren 5 = 83,3% berufstätig. Nicht berufstätig war eine = 16,7%.

Familienstand (Abb. 9)



Berufstätigkeit (Abb. 10)



Diskussion der Ergebnisse

In Bezug auf den Familienstand lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Patienten mit Collum- und Corpuscarcinom finden. Auffallend ist nur die Beziehung zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf stattgehabte Graviditäten. Von den Collum-Ca-Patienten haben 75,3% Kinder geboren, bei den Corpus-Ca-Patienten sind es nur 52,2%. Eine ähnliche Differenz wird von H u s s l e i n und S t ö g e r[19], beschrieben, von W h y n d e r[44] (in O t t[31]) allerdings bestritten.

Interessant sind dagegen die Unterschiede bezüglich der Berufstätigkeit bei Eintritt des Versicherungsfalles. Von den Collumcarcinom-Patientinnen waren bis zur Erkrankung 72,5% , d.h. die überwiegende Mehrzahl, berufstätig, bei den Corpuscarcinom-Patientinnen lag der Anteil der Berufstätigen bei 62,3%.
Dieser Unterschied steht vermutlich mit dem späteren Auftreten der Corpuscarcinome im Zusammenhang, in einem Alter, in dem schon ein Teil der Frauen die Berufstätigkeit aufgegeben hat.

Art der gewährten Rente im ersten Rentenzeitraum

Liegt eine Erwerbsminderung vor und besteht begründete Aussicht auf Behebung dieses Zustands in absehbarer Zeit, kann eine Zeitrente gewährt werden. Es kann für den ganzen Zeitraum Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (EU) oder Berufsunfähigkeit (BU) gewährt werden oder die EU-Rente wird nach ca. einem Jahr in eine niedrigere BU-Rente umgewandelt.

Tabelle XIV: Collumcarcinome 364 Fälle = 100%

EU/BU	gesamt	%
nur EU	133	36,5
nur BU	28	7,7
EU - BU	203	55,8

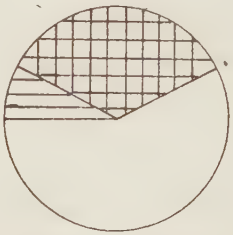


Tabelle XV: Corpuscarcinome 106 Fälle = 100%

EU/BU	gesamt	%
nur EU	41	38,7
nur BU	6	5,7
EU - BU	59	55,7

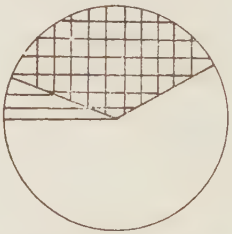
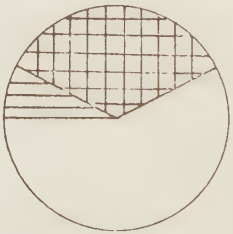


Tabelle XVI: Gesamt (Collum- und Corpus-Ca) 470 Fälle = 100%

EU/BU	gesamt	%
nur EU	174	37,0
nur BU	34	7,2
EU - BU	262	55,7



nur EU nur BU EU in BU umgewandelt

Diskussion der Ergebnisse

Im ersten Berentungszeitraum wurden gewährt:

in 37% der Fälle nur EU-Rente
in 7,2% der Fälle nur BU-Rente
in 55,7% der Fälle wurde die EU- in eine BU-Rente umgewandelt.

In den Angaben der Literatur wird meist nur angegeben, zu welchen Anteilen BU oder EU anerkannt wurde (H e y d e[16] , S c h w a r z e[38]).
Der in der "Empfehlung" enthaltene Punkt - im ersten Jahr könne EU vorliegen, im zweiten Jahr meist nur BU - wurde somit in 63% der Fälle praktiziert.

In 37% wurde von Anfang an für zwei Jahre EU-Rente gewährt. Dies trägt in einem großen Teil der Fälle der Tatsache Rechnung, daß bei Rentenerstbegutachtung andere Faktoren wie z.B. Alter, Nebenerkrankungen, Folgeerkrankungen mit berücksichtigt wurden.
Meist war allerdings die Begründung für eine durchgehende EU-Anerkenntnis nicht klar zu ersehen. Es sollte daher in jedem Fall sorgfältig geprüft werden, ob tatsächlich auch für das zweite Jahr Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist.

Aufschlüsselung über die Gesamtzeit der EU/BU-Anerkenntnis in Jahren (durchgehendes Rentenverfahren)

Ausgewertet wurde nur die Zeitdauer der EU/BU-Anerkenntnis bei den heute noch lebenden 396 Patienten. Diese Aufstellung entspricht nicht der Zeitdauer der Rentengewährung.

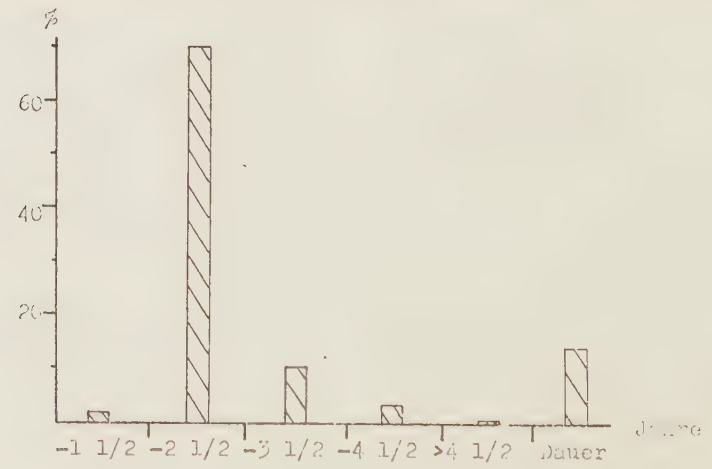
Beispiel 1: Eintritt des Versicherungsfalles im Mai 68. Anerkenntnis von 2 Jahren EU bis April 70. Rentenzahlung 1 1/2 Jahre ab 27. Woche, aufgeführt aber in Spalte bis zu 2 1/2 Jahren.

Beispiel 2: Eintritt des Versicherungsfalles im März 67, Rentenantrag im April 68, Anerkenntnis von 3 Jahren BU bis März 70, Rentenzahlung 2 Jahre ab Rentenantrag, aufgeführt aber in der Spalte bis zu 3 1/2 Jahren.

Tabelle XVI: Gesamtzeit der EU/BU-Anerkenntnis (VA = Verlängerungsantrag)

Jahre		-1 1/2	-2 1/2	-3 1/2	-4 1/2	>4 1/2	Dauer
ohne VA	221	3	204	14	-	-	-
mit VA	175	3	77	26	12	2	55
gesamt	396	6	281	40	12	2	55
%	100	1,5	70,6	10,1	3,0	0,5	13,9

Übersicht zur Dauer der EU/BU-Anerkenntnis (Abb. 11)



Bei 72,2% aller Rentenzugänge des Jahre 1968, die heute noch leben, erstreckte sich die EU/BU-Anerkenntnis auf einen Zeitraum bis zu 2 1/2 Jahren. 13,9% wurden Dauerrentner.

Diskussion der Ergebnisse

Bei einer Zeitrenten-Gewährung beginnt die Rentenzahlung frühestens nach Ablauf von 26 Wochen. Werden vom beratenden Arzt des Rentenversicherungsträgers zwei Jahre Erwerbsunfähigkeit anerkannt, so bedeutet das eine Rentenzahlung für 1 1/2 Jahre.
Bei 72,2% betrug die EU/BU-Anerkenntnis einen Zeitraum bis zu 2 1/2 Jahren, in den weit überwiegenden Fällen allerdings nur 2 Jahre. Für weitere 14% endete die Rentenzahlung nach spätestens 4 Jahren, Dauerrentner wurden 13,9%. Für den größten Teil der Versicherten endete damit die Renten-Gewährung nach einem relativ kurzen Zeitabschnitt, was ja auch dem Sinn der"Empfehlung"entspricht. Die Gründe für die Gewährung einer Dauerrente waren überwiegenderweise stichhaltig. In 12 von 55 Fällen hätte sich eine Berentung auf Dauer evt. vermeiden lassen. Allerdings sind die meisten davon heute älter als 58 Jahre, so daß eine Rentenentziehung nicht mehr durchgeführt wird.

Verlängerungsanträge nach Zeitrenten-Gewährung bei Collum- und Corpuscarcinomen

Zeitrenten und Rentenverlängerungen dürfen insgesamt einen Zeitraum von 4 Jahren nicht überschreiten. Besteht danach weiter BU/EU, so wird eine Rente auf unbestimmte Zeit (sog. Dauerrente) gewährt, da dann mit einem konkreten, rechtlich schwierig definierbarem Nachweis der Besserung (oder Änderung in den Verhältnissen) die Rente entzogen werden kann. Einen Verlängerungsantrag (VA) können nur Zeitrenten-Empfänger stellen. Von den 470 Rentenzugängen 1968 lebten nach dem ersten Renten-Zeitraum (etwa 2 - 2 1/2 Jahre) noch 455, die berechtigt waren, einen Verlängerungsantrag zu stellen.

Einen 1. VA konnten 455 Probanden stellen.
219 davon stellten einen 1. VA = 48,1%

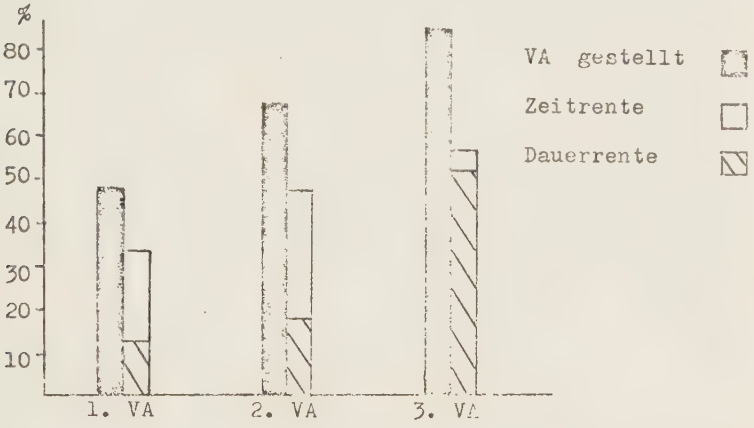
Einen 2. VA nach erster Verlängerung konnten 86 Probanden stellen. 59 stellten einen 2. VA = 68,6%

Einen 3. VA nach zweiter Verlängerung konnten 25 Probanden stellen. 21 davon stellten einen 3. VA = 84,0%

Tabelle XVIII: Die folgende Tabelle zeigt in Absolutzahlen und %-Angaben die Zahl der gestellten und bewilligten Verlängerungsanträge. Die 3. Spalte enthält die zusätzlich, d.h. nach Sozialgerichts-Klage, positiv beschiedenen VA. Außerdem wurde die Verteilung auf Zeit- und Dauerrente angegeben, sowie die Zahl der im Rentenzeitraum Verstorbenen.

	Anzahl/%	bewill./%	n.Klage/%	D/Z	Rente	verst.
1. VA	219 48,1	139 63,5	154 70,3	61	Dauer-R.	29
				93	Zeit-R.	7
2. VA	59 68,6	37 62,7	41 69,5	15	Dauer-R.	3
				26	Zeit-R.	1
3. VA	21 84,0	13 61,9	14 66,7	13	Dauer-R.	2
				1	Zeit-R.	-

Übersichtsbild über das Verhalten bei Verlängerungsanträgen (Abb. 12)



Aufgetragen wurde in den schwarzen Säulen der prozentuale Anteil der Versicherten, die einen Verlängerungsantrag gestellt hatten, wobei 100% den Anteil kennzeichnet, der die Möglichkeit zum VA hatte. In Relation zu den gestellten Verlängerungsanträgen wurden die bewilligten VA aufgezeichnet.

Wie die Übersicht zeigt, nimmt das Rentenbegehren mit steigender Zahl der Verlängerungsanträge zu. Bewilligt wurden jeweils ca. 65 - 70% der gestellten Verlängerungsanträge.

Verlängerungsanträge bei Ca colli 0 - Ia:

Diese Patientengruppe sollte den Richtlinien der "Empfehlung" entsprechend von einer Rentengewährung eigentlich ausgeschlossen bleiben. Von den 53 Patienten mit einem Ca colli Ia stellten 23 (=43,4%) nach Ablauf der Zeitrente einen Verlängerungsantrag, der in 11 Fällen positiv beschieden wurde (2x allerdings erst nach Sozialgerichts-Klage). Dabei wurde in drei Fällen eine sog. Dauerrente, in 8 Fällen eine Zeitrente gewährt. Einen zweiten Verlängerungsantrag stellten 4 Patien-

ten, daraufhin wurde in zwei Fällen die Zeitrente verlängert. Eine Patientin erhielt nach einem dritten Verlängerungsantrag schließlich eine Dauerrente.

Zeitdauer der Rentenverlängerung:

In 154 Fällen wurde nach Ablauf der Zeitrente eine erste Verlängerung der Rente gewährt. In 61 Fällen erstreckte sich diese auf unbestimmte Zeit, 93 x wurde die Rente erneut zeitlich befristet:

bis zu	1/2 Jahr	bei	26 Patienten	= 28,0%
	1 Jahr	bei	42 Patienten	= 45,2%
	1 1/2 Jahren	bei	14 Patienten	= 15,1%
	2 Jahren	bei	9 Patienten	= 9,7%
	2 1/2 Jahren	bei	2 Patienten	= 2,2%

Bei 73,2% der Patienten erstreckte sich somit der Zeitraum der Rentenverlängerung auf 1/2 bis 1 Jahr.

Ursachen für die weitere Rentengewährung:

1. Verlängerungsantrag: 219 mal wurde ein 1. VA gestellt. 154 mal wurde er bewilligt,(15 davon erst nach Klage gegen den Ablehnungsbescheid) = 70,3 %

Erläuterungen zu der nachfolgenden Tabelle:

a) Somatische Folgeerkrankungen: Urologische und proktologische Komplikationen, radiogene Frakturen, erheblich reduzierter Allgemeinzustand (siehe dazu auch S. 6)

b) Somatische Nebenerkrankungen: Vom Carcinom bzw. Ca-Therapie unabhängige Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Durchblutungsstörungen, Lebererkrankungen [illegible]

c) Psychische Folgeerkrankungen: psychasthenische Versagenszustände, reaktive Depressionen, Carcinophobie.

d) Psychische Nebenerkrankungen: endogene Depressionen, Epilepsie mit schweren Wesensveränderungen, Cerebral-

Tabelle XIX: Hauptursachen für die weitere Rentengewährung

Hauptursache	Zeit.R.	Dauer-R. <58	Dauer-R. >58	gesamt/ %	
Rezidiv/Metastasen	-	22	3	25	16,2
Rezidivverdacht	18	-	-	18	11,7
Somat. Folgeerkrank.	27	7	5	39	25,3
Somat. Nebenerkrank.	11	2	10	23	14,9
Psych. Folgeerkrank.	9	-	1	10	6,5
Psych. Nebenerkrank.	-	3	1	4	2,6
Sonstige Ursachen	2	-	3	5	3,2
Med. unzureich. Begründ.	26	3	1	30	19,5

<58 J. = junger als 58 Jahre, >58 J. = älter als 58 Jahre.

Sonstige Ursachen:

Beispiel 1: EU-Dauer an Jugendfürsorgerin, älter als 58 Jahre

Beispiel 2: Gutachter hielten die Versicherte für mindestens halbtags erwerbsfähig, die Patientin arbeitete auch wieder. Kündigung durch den Arbeitgeber, da ein Arbeitspensum von 3 Stunden kaum geschafft wurde.

Medizinisch unzureichende Begründung:

Beispiel 3: 43-jährige Patientin, wegen Radikal-Op. und Bestrahlung nach Ca colli Ib Gewährung von 1 Jahr EU und 1 Jahr EU-Rente. Danach Verlängerungsantrag. Gyn.-Gutachter: lokalbefund o.B., ausreichender Allgemeinzustand, normocalle Ausfallserscheinungen, BSG: 16/2h, als mögliches Zeichen für ein Rezidiv gedeutet. Beurteilung: 1 Jahr EU

Orth.-Gutachter: Röntgenuntersuchung wegen Rückenschmerzen, kein Anhalt für Metastasen.
Beurteilung: keine EU/EU

Beurteilung: 1 Jahr EU

Beispiel 4: 43-jährige Patientin, Radikal-Op. wegen Carcinoma in situ. Gewährung von 1 Jahr EU und 1 Jahr BU-Rente. Danach Verlängerungsantrag.
Int. Gutachter: ausreichender Allgemeinzustand, BSG: 20/48 , leichter Raucherkatarrh, labiler Hypertonus, Beurteilung: gyn. Befund soll Entscheidung bringen.
Gyn. Gutachter: Lokalbefund o.B., kein Anhalt für Rezidiv oder Metastasen. Beurteilung: halbtags arbeitsfähig.
Orth. Gutachter: Bei Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule kein Anhalt für Metastasen. Beurteilung: ganztags arbeitsfähig, aber BSG-Kontrolle.

BfA: 1 1/4 Jahr BU-Rente

Beispiel 5: 56-jährige Patientin, Bestrahlung nach histologisch gesichertem Ca colli Ib. Gewährt wurden 1 1/2 Jahre EU. Danach Verlängerungsantrag.
Gyn. Gutachter: Lokalbefund o.B., BSG 6/22 , guter Allgemeinzustand, Colitis als Bestrahlungsfolge (Diagnose allein auf Anamnese gestützt) Beurteilung: 1 Jahr EU weiter.

BfA: 1 Jahr EU

Ausgehend von der Gesamtzahl der noch lebenden 455 Probanden wurde in 154 Fällen = 33,8% die Rente verlängert. Für 66,2 % der Probanden war damit nach der ersten Rentengewährung der Rentenbezug zunächst einmal abgeschlossen. In einigen Fällen wurde später, (d.h. nach längerer Zeit), ein Neuantrag gestellt.

Ablehnung von Verlängerungsanträgen:

80 Verlängerungsanträge wurden abgelehnt, 22 mal wurde dagegen Klage vor dem Sozialgericht erhoben (d.h. in 27,5%). Ergebnis:

22 x Klage gegen Ablehnung
- 5 x Dauerrente
- 10 x Zeitrentenverlängerung
- 7 x Klage zurückgenommen bzw. abgewiesen

Gründe für die Weiterberentung nach erfolgreichem Klageverfahren,(in Tabelle XIX enthalten):

5 x Dauerrente:
- 1 x Psych. Nebenerkrankung
- 1 x Metastasen (später gestorben)
- 1 x Somat. Folgeerkrank. (später an Metastasen gestorben)
- 1 x Somat. Nebenerkrank. (Nieren-Tbc)
- 1 x Fehlender Arbeitsplatz, über 58 Jahre

10 x Zeitrente:
- 1 x Rezidivverdacht (später gestorben)
- 1 x Somatische Folgeerkrankung
- 2 x Somatische Nebenerkrankung
- 1 x Psychische Folgeerkrankung
- 1 x Sonstige Ursache
- 4 x Medizinisch unzureichende Begründung

2. Verlängerungsantrag: 59 mal wurde ein 2. VA gestellt. 41 mal wurde er bewilligt,(4 davon erst nach Klage gegen den Ablehnungsbescheid) = 69,5%.

Tabelle XX: Hauptursache für die weitere Rentengewährung nach 2. Verlängerungsantrag.

Hauptursache	Zeit-R	Dauerrente <58	Dauerrente >58	gesamt absol.	gesamt %
Rezidiv/Metastasen	-	3	-	3	7,3
Rezidivverdacht	3	-	-	3	7,3
Somat. Folgeerkrankung	7	4	1	12	29,3
Somat. Nebenerkrankung	5	3	1	9	22,0
Psych. Folgeerkrankung	4	1	-	5	12,2
Med. unzureich. Begründ.	7	2	-	9	22,0

Ablehnung von Verlängerungsanträgen:

22 Verlängerungsanträge wurden abgelehnt, 10 mal wurde dagegen Klage vor dem Sozialgericht erhoben (d.h. in 45,5%).

Ergebnis:

10 mal Klage gegen Ablehnung
- 3 x Dauerrente
- 1 x Zeitrente
- 6 x Klage zurückgenommen bzw. abgewiesen

Gründe für die Weiterberentung nach erfolgreichem Klageverfahren (in Tabelle XX enthalten):

3 mal Dauerrente: 1 x Metastasen (später gestorben)
1 x Somatische Folgeerkrankung
1 x Psychische Folgeerkrankung

1 mal Zeitrente: 1 x Somatische Nebenerkrankung

3. Verlängerungsantrag:

21 mal wurde ein 3. VA gestellt. 14 mal wurde er bewilligt, (1 davon erst nach Klage gegen den Ablehnungsbescheid) = 66,7 %.

Tabelle XXI: Hauptursache für die weitere Rentengewährung nach 3. Verlängerungsantrag.

Hauptursache	Zeit-	Dauerrente <59 J.	Dauerrente >59 J.	gesamt	%
Rezidiv/Metastasen	-	1	-	1	7,1
Rezidivverdacht	-	-	1	1	7,1
Somat. Folgeerkrank.	-	3	-	3	21,4
Somat. Nebenerkrank.	-	1	-	1	7,1
Psych. Folgeerkrank.	1	4	-	5	35,7
Neu. unzureich. Begründ.	-	2	1	3	21,4

Ablehnung von Verlängerungsanträgen:

8 Verlängerungsanträge wurden abgelehnt, 5 mal wurde dagegen Klage vor dem Sozialgericht erhoben (d.h. in 62,5%).

Ergebnis: 1 x Dauerrente (Somat. Folgeerkrankung)
4 x Klage zurückgenommen bzw. abgewiesen.

Wichtige Punkte zu den Verlängerungsanträgen

1. Sogenannte Dauerrentner: Im Laufe des durchgehenden Beobachtungszeitraumes wurden von 470 Rentenzugängen 1968 wegen gynäkologischer Carcinome 89 Dauerrentner. 34 davon verstarben bis zum Zeitraum der Untersuchung. Von den heute noch lebenden 396 Probanden wurden im durchgehenden Berentungsverfahren 55 Dauerrentner = 13,9%.

Der Übergang in die Dauerrente erfolgte für die heute noch Lebenden:

beim	1. VA:	32 x	= 58,2%
	2. VA:	12 x	= 21,8%
	3. VA:	11 x	= 20,0%

Ursachen für die Dauerberentung bei den 55 heute noch lebenden Probanden:

Zweitcarcinom:	2 x	= 3,6%
Somatische Folgeerkrankung:	17 x	= 30,9%
Somatische Nebenerkrankung:	16 x	= 29,1%
Psychische Folgeerkrankung:	6 x	= 10,9%
Psychische Nebenerkrankung:	4 x	= 7,3%
Sonstige Gründe:	4 x	= 7,3%
Med. unzureich. Gründe:	6 x	= 10,9%

2. Sozialgerichtsklagen gegen Ablehnung der Verlängerungsanträge:

Klageverfahren beim 1. VA: Bei 80 ablehnenden Bescheiden zum 1. VA erfolgte 22 x Klage (d.h. in 27,5%). Ergebnis:

22 x Klage: <
- 7 x abgewiesen bzw. zurückgezogen
- 10 x Zeitrente
- 5 x Dauerrente

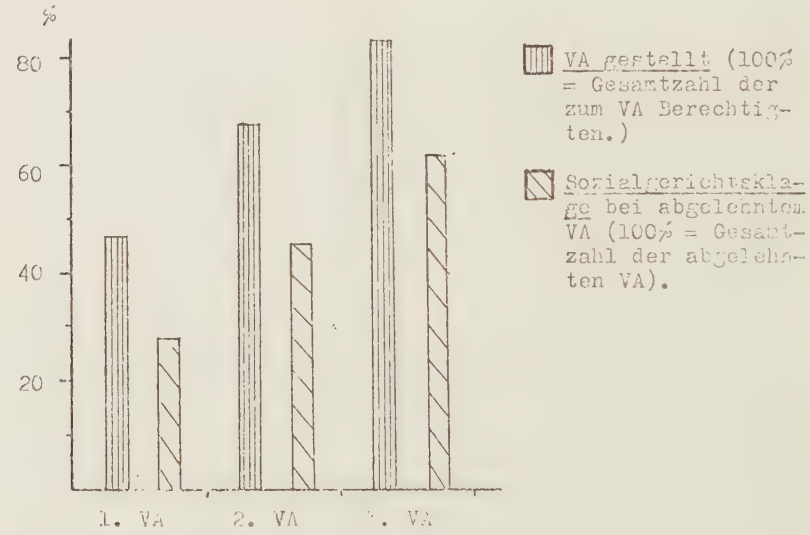
Klageverfahren beim 2. VA: Bei 22 ablehnenden Bescheiden zum 2. VA erfolgte 10 x Klage (d.h. in 45,5%). Ergebnis:

10 x Klage: 6 x abgewiesen bzw. zurückgezogen
1 x Zeitrente
3 x Dauerrente

Klageverfahren beim 3. VA: Bei 8 ablehnenden Bescheiden zum 3. VA erfolgte 5 x Klage (d.h. in 62,5%). Ergebnis:

5 x Klage: 4 x abgewiesen bzw. zurückgezogen
1 x Dauerrente.

Das Übersichtsbild zeigt die Beziehung zwischen Verlängerungsantragstellung und Klageverfahren bei abgelehntem Verlängerungsantrag. (Abb. 13)



Ebenso wie sich eine Zunahme im Rentenbegehren bei den Verlängerungsanträgen zeigt, wird dies auch an der zunehmenden Zahl der Sozialgerichts-Klagen gegen abgelehnte Verlängerungsanträge deutlich.

Diskussion der Ergebnisse

Eine Zeitrente wird üblicherweise zunächst für zwei Jahre bewilligt. Sollte die Leistungsminderung bis dahin nicht weitgehend behoben sein, so besteht die Möglichkeit der Rentenverlängerung bis zu einem Zeitraum von höchstens vier Jahren.
Nach Ablauf der ersten Berentungszeit wurde bei 1/3 der noch lebenden Patienten die Rente verlängert, etwa die Hälfte hatte einen Verlängerungsantrag gestellt. Für 2/3 der Patienten war somit nach dem ersten Berentungszeitraum, sofern nicht ein Neuantrag gestellt wurde, der Rentenbezug wegen der Krebserkrankung oder deren Folgen beendet.
Als wesentlicher Punkt zeigten sich in den folgenden Verlängerungsanträgen eine Zunahme im Rentenbegehren, d.h.

einen 1. VA stellten 48,1% der Berechtigten,
einen 2. VA stellten 68,6% der Berechtigten,
einen 3. VA stellten 84,0% der Berechtigten.

Ein paralleles Verhalten dazu zeigt sich bei den Klageverfahren nach abgelehntem Verlängerungsantrag. Es erhogen Klage beim:

1. VA = 27,5%
2. VA = 45,5%
3. VA = 62,5%.

Prüft man die Ursachen für die Rentenverlängerung, so ergibt sich bei gesicherten Rezidiven oder Metastasen selbstverständlich kein Zweifel an der Berechtigung einer weiteren Rentengewährung, ist doch in diesen Fällen die Prognose nicht günstiger sondern eher schlechter geworden. Schwieriger wird es allerdings bei den Fällen mit Rezidivverdacht, da der bloße Verdacht an sich eine Rentenverlängerung nicht rechtfertigt. In dem untersuchten Krankengut wurde insgesamt 22 x die Rente wegen Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen weitergewährt, 6 x bestätigte sich dieser Verdacht. L o t t e r[27] weist allerdings darauf hin, daß in besonders gelagerten Fäl-

zelfällen auch bei Verdacht auf bösartige Geschwulsterkrankung eine Rente gewährt werden kann, auf jeden Fall sollte aber nur eine Zeitrente gewährt werden. Bis auf einen Fall, (die Patientin war über 58 Jahre alt), wurde bei der BfA bei Patientinnen mit Rezidivverdacht auch entsprechend verfahren.
Die Beurteilung der übrigen Gründe ist allerdings mit erheblichen subjektiven Eindrücken belastet.
Die Patientin wird zunächst von den begutachtenden Ärzten hinsichtlich objektivierbarer Befunde (klinischer Untersuchungsbefund, Labor, Ekg, Röntgen) aber auch nach dem Gesamteindruck beurteilt. Es gibt z.B. Fälle, in denen relativ wenig objektivierbare pathologische Untersuchungsergebnisse gefunden werden, die Patientin aber offensichtlich erheblich leistungsgemindert erscheint. Aufwendige ergometrische Prüfungen zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit übersteigen aber meistens die Möglichkeiten des begutachtenden Arztes. Ähnliches gilt für die Prüfung der psychischen Belastbarkeit der Patientinnen, ein Punkt, der eine ganz erhebliche Rolle zu spielen scheint.

Diese Gutachten gelangen nun in die Hände der beratenden Ärzte der Rentenversicherungsträger, die allein darauf gestützt ihre Entscheidung bezüglich einer Rentengewährung bzw. Zeitrenten-Verlängerung treffen müssen. Überwiegend halten sie sich dabei an die Empfehlung der Gutachter. In Grenzfällen wurde dabei häufig eine relativ kurzfristige Zeitrenten-Verlängerung gewährt.
Die von den einzelnen Gutachtern geforderte Rentenverlängerung allein auf Grund einer noch mäßig beschleunigten Blutsenkungsreaktion von 20/35 oder einer Gewichtsreduktion von 2 kg, gewertet als [illegible] Rezidivs, wurde von den beratenden Ärzten berechtigterweise nur selten akzeptiert.

Als drittes wurden die Gutachterbefunde durch den Ref. bewertet und danach eine Eingruppierung nach den Gründen für die weitere Rentengewährung getroffen, wobei eine Beeinflussung der Beurteilung durch den Verlauf nicht in jedem Fall von der Hand zu weisen ist. Dabei handelte es sich aber in nahezu allen Fällen um eine Entscheidung zu Gunsten der Patientin, so daß bei der Eingruppierung in die Spalte "medizinische Begründung unzureichend" die Zahlen eher zu niedrig als zu hoch anzusehen sind.

Beim 1. VA wurde in 77,9% der Fälle mit stichhaltiger Begründung weiterberentet. (Die somatischen Nebenerkrankungen hätten in den meisten Fällen für sich allein keine Berentung bewirkt, in Zusammenhang mit Alter und ursächlicher Erkrankung wurden aber häufig Konzessionen (!) gemacht.) In 6,5% der Fälle lagen psychische Folgeerscheinungen vor, in 15,5% war die Begründung für die weitere Rentengewährung nicht zu ersehen.

Beim 2. VA betrug der Anteil der psychischen Folgeerkrankungen als Hauptgrund für die Weiterberentung schon 12,2%, der Anteil mit unklarer Begründung 22%, d.h. 34% der Rentenverlängerungen hätten an sich vermieden werden können.

Beim 3. VA nimmt der Anteil der psychischen Folgeerkrankungen schon 35,7% der weiter berenteten Probanden ein. Unklar war der Grund für die weitere Rentengewährung in 21,4%. Damit ergibt sich, daß in 57,1% eine 3. Rentenverlängerung eigentlich hätte vermieden werden sollen.

Bei der Beurteilung der Gründe für die Weiterberentung wurden jeweils die Hauptursachen bewertet. In vielen Fällen lagen noch weniger schwerwiegende Nebenerkrankungen vor.

Der Anteil der Patientinnen mit psychischen Alterationen liegt dabei weit höher, als es nach der angeführten Aufstellung erscheint, so wiesen z.B. beim ersten Verlängerungsantrag 3,4% der begutachteten Patientinnen psychische Auffälligkeiten [illegible]

Ein typisches Beispiel für den Übergang in eine Dauerrente nach dem 3. Verlängerungsantrag wegen psychischer Folgeerkrankungen zeigt sich am Beispiel einer Patientin, die bei Eintritt des Versicherungsfalles 42 Jahre alt war und den Rentenantrag erst "nach einem Jahr" stellte:

Erstbegutachtung: Allg. Asthenie, Lokalbefund: o.B., keine wesentlichen Nebenerkrankungen, depressiv.

BfA: 2 Jahre BU (=1Jahr Rente)

1. VA: Allgemeine Körperschwäche, Lokalbefund: o.B., keine wesentlichen Nebenerkrankungen, depressive Stimmungslage.

Gyn: 1 Jahr EU weiter, Int:3 Monate BU.

BfA: Für 6 Monate BU weiter.

2. VA: Stark reduzierter Allgemein- und Kräftezustand, Lokalbefund: o.B., keine Nebenerkrankungen, psychische Alterationen.
Gyn: EU-Dauer, Int: BU-Zeit, Neurol: keine EU/BU.

BfA: für 2 1/2 Jahre EU weiter.

3. VA: Stark reduzierter Allgemeinzustand, fixierte psychische Fehlhaltung, gekoppelt mit schlechtem Allgemeinbefinden. Aufnahme der Berufstätigkeit scheint ausgeschlossen, es ließe sich kaum ein Arbeitsplatz finden.
Gutachter: Dauerrente

BfA: EU-Dauer.

Es sollte daher in allen Fällen, besonders bei Verlängerungsanträgen, kritisch geprüft werden, ob eine Weiterberentung begründet und im gesundheitlichen Interesse der Patientin liegend erscheint. Die Hauptaufgabe liegt dabei besonders bei den begutachtenden Ärzten.
Bei den Verlängerungsanträgen werden üblicherweise zwei Gutachten (1 Gyn. und 1 Int.) eingeholt. Dabei ist zu fordern, daß jeder Gutachter auf Grund seiner erhobenen Befunde nur für sein Fachgebiet eine Beurteilung abgibt.
Im Fall einer Patientin ergab die internistische Begutachtung keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, der Internist hielt sich aber eine endgültige Beurteilung bis zum Ergebnis

der gynäkologischen Untersuchung vor. Diese ergab zwar keinen pathologischen Befund, der untersuchende Arzt forderte aber eine Weiterberentung. Dieser Forderung schloß sich daraufhin der Internist an, und die Patientin wurde weiter berentet.

Auch wird die 5-Jahresüberlebenszeit in einigen Fällen noch als Grundlage für die Rentengewährung genommen. So schreibt z.B. ein Gutachter:

"Eine Invalidisierung ist für 5 Jahre notwendig. Erst nach dieser Zeit kann man mit einiger Sicherheit den Heilungserfolg beurteilen. Nach der allgemeinen Erfahrung besteht bis zu diesem Zeitpunkt eine doch erhebliche Rezidivgefahr."

Betrachtet man allerdings die Ursachen für die Dauerrente nach abgelaufener Zeitrente bei den 55 heute noch lebenden Patientinnen, so erscheint sie in 80% der Fälle gerechtfertigt. Der Anteil der psychischen Folgeerkrankungen liegt ebenso wie der mit medizinisch unzureichender Begründung bei je 10,9%. Die Behauptung von E l m e n d o r f f[5], daß für die meisten Fälle von Dauerberentung offensichtlich psychische Gründe ausschlaggebend seien, kann damit an dem untersuchten Krankengut in dieser Form nicht bestätigt werden.

Auf das ganze Vorgehen bei Rentengewährung und Rentenverlängerung angewandt, kann die "Empfehlung" durchaus als praktikabel angesehen werden. Der Berentungszeitraum nach Erstantrag liegt in den meisten Fällen bei ca. 1 1/2 Jahren. (Während der ersten 26 Wochen wird Krankengeld und keine Rente gezahlt!) Bei der Verlängerung wird die Rente allgemein für eine kürzere Frist gewährt (1/2 - 1 Jahr). 80% der sog. Dauerrentner beziehen ihre Rente gerechtfertigt, von den restlichen 20% waren bei Übergang in die Dauerrente etwa 1/3 der Patientinnen älter als 58 Jahre (ab 58 Jahren gewährt die BfA keine Zeitrenten mehr), d.h. in ca. 14% hätte auch eine Dauerberentung [illegible] vermieden werden.

Fragebogenaktion

Angeschrieben wurden 330 ehemalige EU/BU-Rentenempfänger
Rente wegen Collum-Ca: 242, Rente wegen Corpus-Ca: 88.

Tabelle XXII: Ergebnis der Fragebogenaktion

	Collum-Ca abs.	%	Corpus-Ca abs.	%	Gesamt-Ca abs.	%
Brief abgesandt	242	100,0	88	100,0	330	100,0
Unbeantwortet	42	17,4	13	14,8	55	16,7
Unzustellbar	29	12,0	8	9,1	37	11,2
Zustellbare Briefe	213	88,0	80	90,1	293	88,8
Davon beantwortet	171	80,3	67	83,8	238	81,

Von den zugestellten 293 Briefen wurden 238 beantwortet zurückgeschickt = 81,2%

Auswertung der beantworteten Fragebogen: n = 238

1. Haben Sie nach Ihrem Rentenbezug durch die BfA (Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente) wieder eine Beschäftigung gegen Bezahlung ausgeübt?

   Mit "JA" antworteten 123 = 51,7%

Tabelle XXIII: Collum-Ca-Patientinnen zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Rentenende.

		nach Rentenende wieder berufstätig	
Vor Rente berufstätig	114	78	68,4
Vor Rente nicht berufstätig	57	14	24,6
Gesamt	171	90	52,6

Von den 114 ehemals Berufstätigen nahmen nach Rentenende 76 = 66,7% wieder eine Beschäftigung gegen Bezahlung auf, von den bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht berufstätigen 57 Frauen 24,6%

Tabelle XXIV: Corpus-Ca-Patientinnen zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Rentenende

	Vor Rente	Nach Rentenende berufstätig	
	abs.	abs.Z.	%
Vor Rente berufstätig	40	29	72,5
Vor Rente nicht berufst.	27	4	14,8
Gesamt	67	33	49,3

Von den 40 ehemals Berufstätigen nahmen nach Rentenende 29 = 72,5% wieder eine Beschäftigung gegen Bezahlung auf, von den bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht berufstätigen 27 Frauen 14,8%.

Zusammenfassung: Nach Rentenfortfall nahmen 50% wieder eine Beschäftigung gegen Bezahlung auf. Vor Eintritt des Versicherungsfalles waren ca. 60% der Befragten berufstätig gewesen, aus dieser Gruppe kehrten sogar 66% (Collum-Ca) bzw. 72% (Corpus-Ca) wieder ins Erwerbsleben zurück.

2. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

Von 90 Collum-Ca-Patientinnen gaben 13 die Berufstätigkeit wieder auf (1 verstarb, 4 wurden Altersruhegeldempfänger).

Von den 33 Corpus-Ca-Patientinnen gaben 14 die Berufstätigkeit wieder auf (5 wurden Altersruhegeldempfänger).

3. Führen Sie einen Haushalt?

   231 von 238 antworteten mit "JA" = 97,1%

4. Hatte die damalige erste Berentung wegen Ihrer Erkrankung die Kündigung Ihres Arbeitsplatzes zur Folge?

   a) Collum-Ca: Von den 114 ehemals Berufstätigen hatten ihren Arbeitsplatz durch Kündigung verloren: 40 = 35,1%

   b) Corpus-Ca: Von den 40 ehemals Berufstätigen hatten ihren Arbeitsplatz durch Kündigung verloren: 14 = 35,0%

5. Wurden Sie von Ihrer Krankenkasse zur Rentenantragstellung veranlaßt? (§ 183 / 7 RVO, alte Fassung)

   a) Collum-Ca: Von den 114 ehemals Berufstätigen wurden durch die Krankenkasse zur Rentenantragstellung veranlaßt: 71 = 62,3%.

   b) Corpus-Ca: Von den 40 ehemals Berufstätigen wurden durch die Krankenkasse zur Rentenantragstellung veranlaßt: 25 = 62,5%.

Diskussion der Ergebnisse

81,2% der zustellbaren Briefe wurde beantwortet. Insgesamt waren 51,7% der Probanden nach Ende des Rentenbezugs wieder berufstätig. Von den ehemals Berufstätigen nahmen 2/3 wieder eine Beschäftigung gegen Bezahlung auf. Diese Zahlen liegen unter den von H e i s s[12] genannten. Es muß in diesem Zusammenhang die Frage gestellt werden, ob mit der zunehmenden Betonung des Rehabilitationsgedankens auch Bemühungen um eine berufliche Wiedereingliederung parallel

gehen. Selbst wenn die ehemals Krebskranken gewillt sind, ins Berufsleben zurückzukehren, finden sie oftmals keinen Arbeitgeber, der bereit wäre, sie einzustellen. Zum einen werden Menschen, die einmal an einem Krebs erkrankt waren, von einem Großteil der Bevölkerung noch immer als unheilbar krank betrachtet. Zum anderen handelt es sich meist um Frauen Ende 40, eine Altersgruppe, bei der kurz- oder längerfristige Arbeitsausfälle wegen Erkrankung häufiger werden. Zeiten wirtschaftlicher Rezession wirken sich für die betroffenen Personengruppen dann zusätzlich ungünstig aus.
Zwei Beispiel sollen die Situation verdeutlichen:

Eine Patientin wird von den Gutachtern der BfA nicht mehr für erwerbs- oder berufsunfähig gehalten. Der Vertrauensarzt des Arbeitsamtes hält die Frau nicht für arbeitsfähig, eine Stelle kann daher nicht vermittelt werden.
Gute Rehabilitationsmaßnahme: Umschulung auf eine sitzende Beschäftigung und Zahlung von Übergangsgeld.

Eine andere Patientin wird ebenfalls nicht mehr für EU/BU gehalten. Die Frau ist Ende 50, ein Arbeitsplatz kann nicht mehr vermittelt werden, eine Umschulung ist nicht mehr möglich. Kurze Zeit später wird die Frau vom Vertrauensarzt des Arbeitsamtes für arbeitsunfähig erklärt.
BfA zahlt daraufhin Dauerrente.

Daß 55% der Probanden ihren Arbeitsplatz durch Kündigung von Seiten des Arbeitgebers verloren, verdeutlicht nochmals die problematische Situation.
Besonders interessant erscheint die Tatsache, daß 62,5% der ehemals Berufstätigen einen Rentenantrag erst stellten, nachdem sie von der Krankenkasse dazu aufgefordert wurden. Zu begrüßen sind daher die inzwischen getroffenen Neuregelungen, nach denen die Krankenkassen laut § 183/7 RVO neuer Fassung ihre Versicherten nur noch zu Rehabilitationsanträgen bei den Rentenversicherungsträgern auffordern können.
Liegen nach derartigen Maßnahmen, meist sind dies Heilverfahren, nach Ansicht der begutachtenden Ärzte weder EU noch BU vor, so bleiben die Patienten in der für sie günstigeren Betreuung durch die Krankenkassen, selbst wenn sie zum Zeitpunkt der Begutachtung noch arbeitsunfähig sind.

VI. RESULTAT DER ARBEIT

A. Zusammenfassung der Ergebnisse:

1. Die besondere sozialmedizinische Bedeutung der gynäkologischen Krebserkrankungen wurde ersichtlich an der Altersverteilung des untersuchten Patientengutes: 73,6% der Collum- und 42,5% der Corpus-Ca-Patientinnen waren jünger als 50 Jahre.

2. Bei 14,6% der Collum-Ca-Patientinnen lag ein Stadium 0 - Ia vor. Diese Gruppe hätte entsprechend der "Empfehlung" nicht berentet werden sollen, die Patientinnen erhielten aber eine Rente auf Zeit.

3. Bei der Gruppe der Collum-Ca-Patientinnen des Stadiums Ib betrug die Rezidivquote innerhalb der 5-Jahresfrist 11,3%. Die Absterbequote betrug in den ersten zwei Jahren 0,9%, innerhalb von 5 Jahren 8,9%. Auf Grund dieser günstigen Prognose sollte diese Gruppe ebenfalls von einer Berentung ausgeschlossen bleiben, zumal mit einer Zeitrentengewährung für zwei Jahre nur bei einem Drittel der Patientinnen (= insgesamt 4,7% aller Pat.) das Rezidiv in diese Zeitspanne fällt.

4. Auch für die Patientinnen der übrigen Stadien sollte der Rehabilitation der Vorzug gegenüber einer Berentung gegeben werden:
   a) Bei 50% der Rentenantragstellerinnen lagen bei Erstbegutachtung neben geringgradigen allgemeinen Beeinträchtigungen durch die Therapie keine wesentlichen pathologischen Folge- oder Nebenerkrankungen vor.
   b) Bei zwei Drittel der Patientinnen unseres Krankenguts wurde nach einmaliger Zeitrente der Rentenbezug abgeschlossen. In den meisten Fällen hätten auch 1 1/2 Jahre Betreuung durch die behandelnden Ärzte auf Kosten der Krankenkassen ausgereicht.

c) Mit steigender Zahl der Verlängerungsanträge zeigt sich eine Zunahme im Rentenbegehren.

d) Bei längerer Berentung zeigen sich erhebliche psychische Auffälligkeiten, auch wenn der Anteil der Probanden, die allein wegen psychischer Folgeerkrankungen auf Dauer berentet wurden, mit 10,9% der heute noch berenteten Patientinnen nicht allzu hoch erscheint.

e) Bei den Verlängerungsanträgen wurden jeweils etwa 20% weiterberentet, obwohl aus medizinischer Sicht keine ausreichende Notwendigkeit vorlag. Allerdings war in diesen Fällen die Zeitdauer der weiteren Rentengewährung meist nur auf einige Monate begrenzt.

f) 35% der ehemals Berufstätigen verloren wegen des Rentenbezuges ihren Arbeitsplatz.

g) In den meisten Fällen wurde die Rentenantragstellung nicht von den Patientinnen selbst betrieben, sondern 65% der ehemals Berufstätigen waren von den Krankenkassen (lt. § 183/7 RVO) zur Rentenantragstellung aufgefordert worden. Die Neuregelung dieser Bestimmung ab Oktober 1974 stellt in dieser Hinsicht einen wesentlichen Fortschritt dar, da sie das Rentendenken zugunsten der Rehabilitation verdrängt.

5. Sollte sich die Gewährung einer Rente trotzdem nicht vermeiden lassen, erscheint ein Vorgehen nach den Richtlinien der "Empfehlung" angezeigt, denn

a) Es bestehen erstmals einheitliche Richtlinien, nach denen im allgemeinen auch verfahren wird. Diese Richtlinien haben auch in die Rechtssprechung Eingang gefunden.

b) Die Rentenzeiten bleiben trotz Verlängerung der Rente, dies war bei ca. einem Drittel der Patientinnen der Fall, relativ kurz bemessen.

c) Die Umwandlung der Erwerbsunfähigkeitsrente in eine

Berufsunfähigkeitsrente wird in den meisten Fällen auch praktiziert.

d) Der Anteil der Patientinnen, die im durchgehenden Berentungsverfahren Dauerrentner wurden, erscheint mit 13,9% unter Berücksichtigung der Art der Erkrankung nicht zu hoch

6. Kritik zu üben ist an der

a) häufig zu großzügigen Beurteilung der Patientinnen durch die begutachtenden Ärzte, die z.T. eine Weiterberentung wegen der Art der ursprünglichen Erkrankung empfehlen, obwohl Jahre nach Operation und/oder Bestrahlung wesentliche pathologische Befunde nicht mehr erhoben werden konnten.

b) gelegentlich unzureichende Kontrolle durch die beratenden Ärzte des Rentenversicherungs-Trägers. Dadurch hätte u.a. die Berentung der prognostisch äußerst günstigen Stadien 0 - Ia vermieden werden können. Den beratenden Ärzten obliegt auch die Kontrolle über die Weiterberentung der Probanden.

B. Denkanstöße für andere Arbeiten:

1. Untersuchung der Frage über den Einfluß beruflicher Arbeit auf das Krebswachstum. Dieses müßte in einer prospektiven Untersuchungsreihe geschehen. Eine derartige Untersuchung könnte u.a. zeigen, ob eine Herausnahme aus den Arbeitsloben geeignet ist, den Krankheitsablauf zu beeinflussen.

2. Untersuchungen über die Berentungspraktiken bei den Landesversicherungsanstalten der Arbeiter-Rentenversicherung nach Verabschiedung der "Empfehlung" 1966. Nach unseren Informationen gewähren einige dieser Anstalten kaum oder nur relativ selten sog. Renten auf Zeit.

3. Heilungsergebnisse in der Weltliteratur beim Collum- und Corpuscarcinom während der vergangenen 10 Jahre.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Nach kurzen Vorbemerkungen zum Krankheitsbild des Collum- und Corpuscarcinoms wurde auf die Stellungnahme verschiedener Autoren zur Problematik der Berentung bei Tumorpatienten eingegangen. Die unterschiedlichen Auffassungen führten zwischen 1950 - 1966 zu stark differierenden Praktiken bei der Renten-Gewährung. Dieser Zustand führte zu großen Ungerechtigkeiten und verlangte gemäß dem sozialstaatlichen Gleichheits-Grundsatz nach einer einheitlichen Regelung. Die 1966 veröffentlichte "Empfehlung" stellte einen Mittelweg zwischen den damaligen Minimal- und Maximalforderungen dar.

Anhand von 470 Rentenunterlagen der BfA von Patientinnen mit Collum- und Corpuscarcinomen, denen 1968 eine Zeitrente bewilligt worden war, sollte überprüft werden, ob sich die "Empfehlung" bei Krebsfällen mit relativ günstiger Prognose bewährt hat.
Die Nachteile einer generellen Rentengewährung wurden auch an dem untersuchten Patientengut deutlich, wie z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, psychische Auffälligkeiten, Zunahme des Rentenbegehrens. Es sollte daher mehr als bisher die Rehabilitation in den Vordergrund gestellt und eine Rente (auch auf Zeit) möglichst vermieden werden. Dies gilt besonders für das prognostisch ausgesprochen günstige Stadium Ib der Collumcarcinome. Diese Gruppe sollte ebenso wie die Stadien 0 - Ia von einer Rente ausgeschlossen bleiben.

Sollte sich die Gewährung einer Rente aber nicht vermeiden lassen, so erweist sich ein Vorgehen nach der "Empfehlung" als sehr praktikabel. Die Dauer der Renten bleibt trotz Verlängerung der Zeitrenten, - dies war bei einem Drittel der Patienten der Fall -, auf eine relativ kurze Zeitdauer begrenzt. Die Umwandlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente in eine Berufsunfähigkeitsrente wird meist schon im ersten

Rentenbescheid vorprogrammiert, indem für das erste Jahr EU- und anschließend für das zweite Jahr BU-Rente auf Zeit gewährt wird.
Der Anteil der sog. Dauerrentner erscheint bei der Art der Erkrankung mit 13,9% nicht zu hoch.
Ein Antrag auf Verlängerung der Rente sollte mit zunehmender Zahl der Verlängerungsanträge wesentlich kritischer als bisher geprüft und die Patientinnen eingehender untersucht werden. Weiterhin empfiehlt es sich, in Zukunft neben der gesundheitlichen Rehabilitation auch der beruflichen Wiedereingliederung größeres Gewicht zu verleihen.

VIII. LITERATURVERZEICHNIS

1. B a u e r, K.H.: Das Krebsproblem, 1. Aufl. 1949
   Springer-Verlag S. 532 - 536

2. B a u e r, K.H.: Das Krebsproblem, 2. Aufl. 1963
   Springer-Verlag S. 654 - 655, 941 - 945

3. B ö r n e m a n n, H.: Der Medizinische Sachverständige
   64. Jg., Juni 1968, Nr. 6, S. 141 ff.
   "Zur Problematik der Berentung Krebskranker"

4. D o l d, U.: Für "Praktischer Arzt", November 1973
   "Sinn und Unsinn der Berentung nach Krebserkrankungen"

5. E l l e n d o r f f, A.: Münchener Medizinische Wochenschrift, 110. Jg., November 1963, Nr. 48, S. 2789 ff.
   "Rehabilitation nach Krebserkrankung"

6. G a n s a u, H. und L a n g, N.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 21. Jg., März 1961, Nr. 3, S. 213 ff.
   "Untersuchungen über die Bedeutung der sozialen Verhältnisse für die "Nachgehende Krebsfürsorge" "

7. G l a t z e l, H.: Ärztliche Wochenschrift, 13. Jg., September 1958, Nr. 35/36, S. 791 ff.
   "Arbeitsbelastung und Krebswachstum"

8. G e r h a r t, A. und C o n t z e n, H.: In "Ärztliche Begutachtung" von Nixdorf und Bornemann.
   1. Aufl., 1964, Gustav-Fischer-Verlag, S. 483

9. G ö g l e r, E.: Der Medizinische Sachverständige
   57. Jg., April 1961, Nr. 4, S. 73 ff.
   "Die Bemessung der MdE bei bösartigen Geschwülsten in der Chirurgie"

10. H a b s, H.: Der Medizinische Sachverständige, 60 Jg., Oktober 1964, Nr. 10, S. 217
    "Der Krebskranke in der Sozialversicherung"

11. H a b s, H.: Der Medizinische Sachverständige, 63. Jg., April 1967, Nr. 4, S. 83 ff.
    "Der Krebs in der Rentenversicherung"

12. H e i s s, H.: Der Krebsarzt, 15. Jg., 1960, Nr. 7/8 S. 283 ff. "Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Rehabilitation beim Genitalkarzinom der Frau."

13. H e l l e r, L.: In "Ärztliche Begutachtung" von Nixdorf und Bornemann, 1. Aufl., 1964, S. 470 ff.

14. H e l l e r, L. und K ä s e r, O.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 26. Jg., 1966, S. 155 ff. "Über Todesursachen beim Kollumkarzinom"

15. H e y d e, W.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung Bd. 6, 1967, Verlag Urban und Schwarzenberg, S. 477 ff. "Erfahrungen mit Nach- und Festigungskuren bei krebskranken Frauen"

16. H e y d e, W.: Hamburger Ärzteblatt, 21, Jg., April/ Mai 1967 "Nachbehandlung und Berentung vorwiegend gynäkologisch Krebskranker"

17. H e y d e n, S.: Klinische Epidemiologie des Krebses 1972, Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 91, 95 ff.

18. H o p p e, R.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung Bd. 6, 1967, Verlag Urban und Schwarzenberg, S. 441 ff. "Die Bedeutung der Krebskrankheiten in der Rentenversicherung und ihre Beurteilung"

19. H u s s l e i n, H. und S t ö g e r, H.: Fortschritte der Medizin, 92. Jg., Februar 1974, Nr. 5, S. 171 ff. "Zur Klinik des Korpuskarzinoms"

20. H u s s l e i n, H. und S t ö g e r, H.: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 75. Jg.,1974 Heft 3 "Begutachtung des operierten und bestrahlten Genital- sowie Mammakarzinoms"

21. K a l l e n b a c h, H. und G r e g l, A.: Klinische Klinik, 57. Jg., 1962, S. 1621 "Über die Veränderungen der Metastasenhäufigkeit nach Röntgenganzkörperbestrahlung im tierexperimentellen Modellversuch"

22. K e r n, G.: Gynäkologie (kurzgefaßtes Lehrbuch), 1970 Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 377 ff.

23. K i r c h h o f f, H.: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 79. Jg., Juli 1954, Nr. 29/30, S. 1157 "Der Einfluß sozialer Faktoren auf Ablauf und Heilung des Genital-Karzinoms der Frau"

24. K i r c h h o f f, H.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung, Bd. 5, Urban und Schwarzenberg
"Invalidisierung Krebskranker" (Vortrag auf dem Dtsch. Krebskongreß in Mainz, 1963)

25. K o t t m e i e r, H.L.: Medical Tribune, Juli 1972 Nr. 27, Kongreßbericht (Internationales Symposion über die Behandlung des Kollumkarzinoms)

26. L i n k e, A.: Früherkennung des Krebses
F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1962

27. L o t t e r, H.: Der Medizinische Sachverständige 63. Jg., April 1967, Nr. 4, S. 77 ff.
"Krebs als Grundlage der Leistungsgewährung in der gesetzlichen Rentenversicherung"

28. M a r t i u s, H.: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1957, Nr. 13, S. 447 - 451 "Über einige wissenschaftliche Aufgaben des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung"

29. M o r i t a, K. und T a k a h a s h i, S.: Strahlentherapie 140, 1, 1970, S. 8 - 12
"Über die Ergebnisse der Konformationsbestrahlung (Conformation radiotherapy) beim Kollumkarzinom"

30. N e u h ä u s e r, K.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung, Bd. 5, Verlag Urban und Schwarzenberg, Diskussionsbeitrag zum Vortrag von Kirchhoff auf dem Dtsch. Krebskongreß in Mainz, 1963, siehe Nr. 24, S. 271

31. O t t, G.: Standardisierte Krebsbehandlung 1974, Springer Verlag, S. 35 ff., 165 ff.

32. P s c h y r e m b e l, W.: Praktische Gynäkologie 4. Aufl. 1968, Walter de Gruyter & Co.

33. S c h m e r m u n d, H.J.: Medizinische Welt, Nr. 26, Juni 1958, S. 1063
"Die Nachbehandlung von Karzinomkranken"

34. S c h ö l z, F.J.: Zeitschrift für Allgemeinmedizin (Der Landarzt) 51. Jg., Januar 1975, Heft 2, S. 49 ff.
"Arbeit und Umwelt" (Arbeitsunfähigkeit, BU, EU und andere Begriffe

35. S c h r i m p f : Zentralblatt für Gynäkologie, 1953 S. 500 ff. "Behandlung der Rezidive des Gebärmutterhalskrebses aus dem Quinquenium 1941 - 1945"

36. S c h w a r z e, F.: Der Medizinische Sachverständige 61. Jg., März 1965, Nr. 3, S. 65 ff. "Zur Rentenbegutachtung und nachgehenden Behandlung bösartiger Geschwulstkrankheiten"

37. S c h w a r z e, F.: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1/2, 1968, S. 171 ff. "Entwicklung und Ergebnisse der Sozialversicherungsmedizin auf dem Gebiet der Berufsunfähigkeit"

38. S c h w a r z e, F.: Schriften zur Fortbildung - Der ärztliche Gutachter in der Rentenversicherung, Heft 22, 1973, S. 1 ff. "Die versicherungsmedizinische Beurteilung beim Vorliegen bösartiger Geschwülste - ein Erfahrungsbericht über die Entwicklung der letzten 10 Jahre"

39. S o e r g e l, W.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 21. Jg., 1961, S. 29 ff. "Über das Schicksal der Rezidiverkrankungen der weiblichen Genital-Malignome"

40. S o e r g e l, W.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 22. Jg., 1962, S. 859 ff. "Zur Frage der Begutachtung nach Behandlung eines Kollumkarzinoms in der Rentenversicherung"

41. S t e g m a n n, H. und H a u g e r, W.: Medizinische Klinik, 59. Jg., 1964, Nr. 32, S. 1264 ff. "Über das zeitliche Auftreten von Rezidiven nach erfolgter Behandlung der weiblichen Genital-Karzinome"

42. S t o e c k e l, W.: Stoeckels Lehrbuch der Gynäkologie 15. Aufl., 1967, neubearbeitet von H. L a x S. Hirzel Verlag Leipzig, S. 562

43. T r ä g e r, F.: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung, 22. Jg, 1972, Nr. 1, S. 32 und 33 "Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wiederherstellungsfähigkeit bei operierten und bestrahlten Frauen mit Genitalkarzinom"

44. W h y n d e r, E.L.: Bösartige Tumoren des Uterus. Die Epidemiologie des Korpus- und Zervixkarzinoms. In K ä s e r, O.: Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. III Thieme Verlag Stuttgart, 1971

45. Z i m m e r, K.: Medizinische Welt, August 1957, Nr. 33/34, S. 1174 ff. "Zur Frage der Invalidisierung der Karzinompatienten"

46. E m p f e h l u n g zur sozialmedizinischen Beurteilung von Versicherten mit bösartigen Geschwulsterkrankungen
Veröffentlicht in:
a) Krebsforschung und Krebsbekämpfung, Bd. 6, 1967, S. 460 ff. Verlag Urban und Schwarzenberg
b) Der Medizinische Sachverständige 62. Jg., 1966 Heft 4, S. 91 ff.
c) Deutsche Rentenversicherung, 1966, Heft 4, S. 250 ff.
d) Die "Empfehlung" ist als Kleinbroschüre bei der BfA zu erhalten (1 Berlin 88, Dez. 8005)

47. R u n g e, H. und Z e i t z, H.: Vortrag auf dem 3. Weltkongreß der internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe. Wien 1961. Entnommen aus K.H. B a u e r, "Das Krebsproblem", 2. Aufl. 1963, S. 853 und 854.

48. B o c k, H.E.: Deutsche Rentenversicherung, 1966, Heft 4 S. 247 ff. " Krebskrankheit - Behandlung und Begutachtung"

49. U l m, R.: Fortschritte der Medizin, 92. Jg., 1974, Nr. 3, S. 112 ff. "Zur Klinik des Kollumkarzinoms"

50. K r a e f, R.: Dissertation 1976, Freie Universität Berlin "Problematik der Rentengewährung bei Mamma-, Collum- und Corpus-Carcinomen mit überwiegend ungünstiger Prognose"

IX. ANHANG

1. Wortlaut der "Empfehlung"
   (Herausgegeben vom Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e.V. München, 24. Februar 1966)

2. Auszüge aus Anlage 1 der "Empfehlung"
   (Einteilung der bösartigen Geschwulstkrankheiten mit Prozentangaben der 5-Jahres-Überlebenszeit mit Heilung)

E M P F E H L U N G

zur sozialmedizinischen Beurteilung von Versicherten mit bösartigen Geschwulsterkrankungen

Ausgearbeitet vom Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e.V. in Übereinstimmung mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

Die sozialmedizinische Beurteilung bösartiger Geschwulsterkrankungen bereitet immer wieder Schwierigkeiten. Diese führen möglicherweise dazu, daß bei gleichen Befunden unterschiedliche Leistungen gewährt werden. Um dazu beizutragen, daß die Ansprüche der Versicherten auch medizinisch möglichst nach übereinstimmenden Gesichtspunkten beurteilt werden, sind die nachstehenden Empfehlungen ausgearbeitet worden, die dem begutachtenden Arzt als Anhaltspunkt bei sozialmedizinischen Beurteilungen bösartiger Geschwulsterkrankungen dienen sollen.

1. Die bösartigen Geschwulsterkrankungen werden üblicherweise in Stadien (I bis III oder I bis IV) eingeteilt, wobei Stadium I das früheste und in der Regel therapeutisch günstigste Stadium darstellt. Die individuelle sozialmedizinische Beurteilung hängt wesentlich von der Art, dem Ort und dem Stadium der Geschwulsterkrankung sowie dem speziellen histologischen Befund ab. Weiter wird sie beeinflußt durch die Therapie einschließlich Zusatz- oder Nachbehandlung und Folgezustände.

2. Die Behandlungserfolge bei den verschiedenen Arten und Stadien von bösartigen Geschwulsterkrankungen werden an der sogenannten "Fünfjahresheilung" gemessen. Bei dem Begriff "Fünfjahresheilung" handelt es sich um einen sammelstatistischen Behelf, der auch Vergleiche ermöglicht. Der Zeitraum "fünf Jahre" beruht auf der Erfahrung, daß die Lebensdauer (Lebenserwartung) ehemaliger Krebskranker im wesentlichen der allgemeinen Lebenserwartung gleicht, wenn die Kranken nach Stellung einer Krebsdiagnose fünf Jahre überleben. Deshalb empfiehlt es sich, in diesem Zusammenhang

statt von "Fünfjahresheilung" von "Fünfjahres-Überlebenszeit" zu sprechen. Diese Grenze ist aber kein Kriterium dafür, wegen Krebs behandelte Versicherte für fünf Jahre aus dem Arbeitsleben herauszunehmen.

3. Nach der Statistik (s.Anlage 1) lassen sich die bösartigen Geschwulsterkrankungen in solche mit relativ günstiger Prognose und solche mit relativ ungünstiger Prognose einteilen.

   Die Grenze zwischen den prognostisch relativ günstigen und den relativ ungünstigen Fällen wird hier bei etwa 75% der Fünfjahres-Überlebenszeit bzw. Heilung gezogen, bezogen auf die einzelnen Geschwulstarten im Zeitpunkt der diagnostischen Beurteilung. Begründete Aussicht auf Besserung nach Behandlung kann angenommen werden, wenn die 75%-Grenze bei einzelnen Geschwulsterkrankungen erreicht oder überschritten wird.

4. Bei bösartigen Geschwulsterkrankungen mit relativ günstiger Prognose (vgl. Ziff. 3) kann als Anhalt für die individuelle Beurteilung der Leistungsfähigkeit folgendes dienen:

   Im ersten Jahr der Erkrankung kann die Leistungsfähigkeit durch unmittelbare Krankheits- und mögliche Therapiefolgen erheblich eingeschränkt sein, die dann Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 1247 Abs. 2 RVO - § 24 Abs. 2 AVG bedingen (vgl. Anlage 2).

   Im zweiten Jahr der Erkrankung wird die Leistungsfähigkeit zumeist nur noch in geringerem Umfange eingeschränkt sein, der allenfalls Berufsunfähigkeit im Sinne des § 1246 Abs.2 RVO - § 23 Abs.2 AVG - vorwiegend zum Zwecke der Schonung bedingt (vgl. Anlage 2).

   Zu einer anderen Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Erkrankten können bestimmte Kriterien, z.B. Alter, schlechter Allgemeinzustand, erhebliche medizinische Funktionsausfälle an einzelnen Organen oder Organsystemen, spezielle Berufsanforderungen u.a. führen.

5. In erster Linie kommt es darauf an, den Gesundungswillen der Erkrankten zu stärken. Dem kann sogar eine zeitlich beschränkte Rentengewährung entgegenstehen, da sie auch eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses zur Folge haben kann, die viele Erkrankte psychisch belastet. Die Ärzte sollten bei einer Beratung ihrer Patienten deshalb stets bedenken, inwieweit sie mit ihrem Rat, z.B. einen Rentenantrag zu stellen, dem Erkrankten helfen.

   Im Rahmen der Sozialgesetze ist es auch möglich, den Erkrankten anderweit wirtschaftlich sicherzustellen. Der Versicherte hat Anspruch auf Kranken- bzw. Hausgeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung für 78 Wochen (Voraussetzung für die Zahlung von Krankengeld: Arbeitsunfähigkeit - vgl. Anlage 2). Die gesetzliche Rentenversicherung kann, wenn

die gesetzlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind, Heilbehandlung und nachgehende Maßnahmen zur Sicherung des Ergebnisses einer Heilbehandlung gewähren. Daneben kommt eine Barleistung (Übergangsgeld usw.) in Betracht, die in der Regel höher als die Rente ist.

6. Bei bösartigen Geschwulsterkrankungen mit relativ ungünstiger Prognose kann Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 1247 Abs. 2 RVO - § 24 Abs. 2 AVG auf unbestimmte Zeit angenommen werden. Es empfiehlt sich, nach zwei oder drei Jahren den Verlauf der Erkrankung zu überprüfen. Dabei ist im Einzelfall zu ermitteln, ob die bestehenden Funktionsausfälle und das verbliebene Leistungsvermögen eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zulassen.

Auszüge aus Anlage 1 der "Empfehlung"

Einteilung der bösartigen Geschwulstkrankheiten mit Prozentangaben der 5-Jahres-Überlebenszeit mit Heilung +)

Die Prozentzahlen sind aus folgender Literatur entnommen:

a) Das Krebsproblem v. K.H. Bauer, Springer-Verlag, 2. Aufl. (1963)
b) Früherkennung des Krebses v. A. Linke, F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart (1962)
c) Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe v. Stoeckel u. Lax, Hirzel-Verlag (1960)
d) Higgins, zit. n. K.H. Bauer, NJW 1963, Heft 9
g) Rueff, Langenbecks Archiv f. klin. Chirurgie, 1960, 294
h) Ries, Referat v. 3.Mai 1964 auf der Tagung d. Bayer. Ges. für Gyn. u. Geb. in Bad Wiessee

Bösartige Geschwülte mit relativ günstiger Prognose (Gruppe 1)	Bösartige Geschwülste mit relativ ungünstiger Prognose (Gruppe 2)
Brust-Carcinome (a) bei Frauen nach dem 30. Lebensjahr Steinthal I.....86,8-97,4%	Brust-Carcinome (a) Steinthal II.....37,1-49,1% Steinthal III.....2 - 4,5%
Higgins, 1962 (d) gibt für das lokalisierte Brust-Carcinom an..... 85%	Steinthal I (bei Frauen unter 30 Jahren) 0% !! (Rueff (g) Langenbecks Archiv f. Klin. Chir.(1960) 294,S.884
Collum-Ca in situ (zit.n.(h) und Collum-Ca (Stad.Ia präklinisches Ca) Sind nicht als Karzinome aufzufassen. Deshalb keine BU	

+) entnommen aus F.Schwarze,"Der Medizinische Sachverständige", Seiten 67 ff., 1965

Collum-Carcinome der Jahre 1951-1955 (nach Runge und Zeitz 1961 (a))
Stadium I
Radikal-Op. 88,9%
Bestrahlung 74,1%
Stadium II
Radikal-Op. 72,7%

Collum-Carcinome der Jahre 1951 - 1955
Stadium II
(nur Bestrahlung).....58,5%
Stadium III
Radikal-Op. 25,0%
Bestrahlung 28,6%

Collum-Carcinome (nach Linke, A., "Früherkennung des Krebses" 1962,S.193) (b)

Stadium I
Radikal-Op. 89,8%

Stadium II
Radikal-Op. 84,0%

Collum-Ca I mit kleinzelligem, bindegewebsarmen anaplastischem Ca-Gewebe haben eine schlechte Prognose. Das Gleiche gilt bei Collum-Ca I und II mit Hyalinisierung und Schrumpfung des Bindegewebes und für Adeno-Ca des Collums (zit.n. (h)).

Stadium IV
(Bestrahlung)..... 17,6%

Corpus-Carcinome

Häufigkeit (zit. n. Busse u. Soergel):
Stadium I 87% Stadium II 5,6%
Stadium III 6,5%
Stadium IV 0,9%

5-Jahresüberlebenszeit:
aller Stadien des Corpus-Ca:
..... 58%
(Annual Report (Vol. XII, zit. n. (h))

Stadium I 70-80%
(c), Seite 863

Corpuscarcinome

Stadium II.....33%
Stadium III und IV keine Angaben

Uterus-Sarkome (Wintz, zit. n. (c)).
Bei Operation und Bestrahlung
.....45 - 60%
(wenn nur operiert)..15 - 20%

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. P. M. C a r s t e n für die Überlassung des Themas und die freundlichen Hilfestellungen.
Außerdem möchte ich der BfA für die Arbeitsmöglichkeiten und die finanzielle Unterstützung sowie den Mitarbeitern des Archivs für die technische Hilfe danken.
Mein besonderer Dank gilt dem leitenden Medizinaldirektor bei der BfA, Herrn Dr. med. F. S c h w a r z e , für die fachliche Beratung.

L E B E N S L A U F

Am 4. Dezember 1948 wurde ich, Brigitte Becker geb. Schubert, als Tochter des Heizers Wilhelm Schubert und seiner Ehefrau Frieda, geb. Weinhold, in Berlin geboren.

Das Abitur bestand ich am 16. Februar 1968 an der Menzelschule in Berlin.

Danach war ich zunächst ein Semester an der Pädagogischen Hochschule in Berlin immatrikuliert.

Vom Wintersemester 1968/69 an studierte ich Humanmedizin an der Freien Universität Berlin. Dort legte ich im August 1969 die naturwissenschaftliche Vorprüfung, im April 1971 die ärztliche Vorprüfung ab.

Am 5. August 1975 bestand ich das medizinische Staatsexamen an der Freien Universität Berlin.

Meine Medizinalassistentenzeit leistete ich bisher an der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung im Rudolf-Virchow-Krankenhaus und auf der chirurgischen Abteilung im St. Gertrauden-Krankenhaus ab.

Zur Zeit arbeite ich an der II. medizinischen Klinik (Infektionsabteilung) des Rudolf-Virchow-Krankenhauses als Medizinalassistentin.

Fred Höpfner - Dissertationsdruck - 1 Berlin 12 - Pestalozzistraße 106
Tel.: 312 88 85 - 313 81 98